

ANEXA

STANDARDELE, CRITERIILE ȘI CERINȚELE SPECIFICE ALE PROGRAMULUI NAȚIONAL PENTRU SCREENINGUL PENTRU CANCERUL DE SÂN

Pentru programul național de screening pentru cancerul de sân (PNSCS) sunt stabilite următoarele standarde:

Criteria	Elemente
Standard 1 - Standard privind accesul și participarea – populația țintă eligibilă are nivele corespunzătoare de acces și participare la PNSCS	
Criteriul 1.1 Managerul regional maximizează participarea femeilor din grupa de vârstă țintă la screening și rescreening	1.1.1. $\geq 70\%$ din femeile din grupa de vârstă 50 – 69 de ani au participat la screening în ultimele 24 de luni
	1.1.2. $\geq 75\%$ din femeile din grupa de vârstă 50 – 67 de ani care au participat la primul screening în cadrul PNS participă la rescreening în intervalul a 20 – 27 de luni de la prima testare
	1.1.3. Dintre femeile din grupa de vârstă 50 – 67 ani care au participat la rescreening, $\geq 85\%$ au fost la retestare într-un interval de timp de 20-27 de luni după primul episod de screening
Criteriul 1.2: Serviciile de screening pentru cancerul de sân sunt accesibile populației eligibile, inclusiv femei cu profil cultural și lingvistic divers și femei cu dizabilități, în special femei de etnie roma	1.2.1. Managerul regional monitorizează și raportează acoperirea la femeile cu vârsta cuprinsă între 50 și 69 de ani din grupele prioritare și, acolo unde rata de acoperire este mai mică de 70% implementează strategii specifice destinate încurajării participării la screening. Se va acorda atenție acoperirii echitabile cel puțin la următoarele grupuri prioritare: <ul style="list-style-type: none"> • Femei cu statut socio-economic scăzut • Femei cu nivel de educație scăzut • Femei din zone rurale izolate Femei de etnie roma • Femei care nu au participat niciodată la PNSCS sau nu au fost testate în ultimii cinci ani • Alte grupuri de femei a căror participare este cu mult sub nivelul de participare al populației generale la PNSCS <p>Nu vor exista diferențe mai mari de +/- 10% în acoperirea femeilor din rural, a femeilor cu nivel socio-economic scăzut, a femeilor rome.</p>
	1.2.2. Sunt eligibile pentru a participa la PNS următoarele femei: <ul style="list-style-type: none"> • Cu vârsta cuprinsă între 50 și 69 de ani • Sunt asimptomatice • Nu au avut o mamografie digitală în ultimele 12 luni • Nu sunt însărcinate sau nu alăptează – femeile care alăptează și îndeplinesc celelalte criterii de participare

	<p>vor putea face o mamografie digitală în cadrul PNS la cel puțin 3 luni după ce au oprit alăptarea</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sunt eligibile pentru participarea în programele naționale de sănătate susținute de Ministerul Sănătății • Au mai mult de 5 ani de când au diagnosticate cu cancer de sân. <p>1.2.3. Chestionarele de evaluare a campaniei de informare sunt analizate și sunt identificate barierele întâmpinate sau raportate de femei, acestea sunt abordate și sunt luate în considerare în planificările ulterioare ale campaniei de informare și educare/ schimbare de comportament</p> <p>1.2.4. Mamografiile digitale sunt efectuate în centre primare de screening unități fixe sau mobile care îndeplinesc următoarele cerințe din punct de vedere al distanței pe care femeia trebuie să o parcurgă:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 90% din femeile eligibile nu vor avea nevoie să călătorească mai mult de 60 de minute până la centrul primar de screening (fix sau mobil)
<p>Criteriul 1.3: Managerul regional se asigură că serviciile oferite răspund nevoilor femeilor din grupele defavorizate</p>	<p>1.3.1 Managerul regional se asigură că toți angajații cunosc și înțeleg principiile și prevederile legii antidiscriminare și a legii drepturilor pacientului și acestea sunt respectate în practica lor de zi cu zi.</p> <p>1.3.2 Managerul regional se asigură că se consultă periodic cu reprezentante ale femeilor din grupele defavorizate pentru a lua în considerare nevoile lor specifice și pentru a stabili procese de monitorizare și evaluare corespunzătoare</p>
<p>Criteriul 1.4: Managerul regional se asigură că sunt recunoscute nevoile culturale ale fiecărei femei și familiei ei</p>	<p>1.4.1. Pentru toate femeile, dar în special pentru cele aparținând grupurilor defavorizate, managerul regional se asigură că toți angajații:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recunosc impactul pe care îl poate avea diversitatea practicilor și credințelor culturale asupra procesului de screening pentru cancerul de sân • Respectă în practica lor identitatea fiecărei femei și membrilor familiei sau a persoanelor care le însoțesc și tratează cu respect credințele și valorile lor personale • Sprijină fiecare femeie să aibă parte de sprijinul și reprezentarea celor care îi înțeleg cultura, nevoile și preferințele • Își recunosc credințele, valorile și prejudecățile ce se pot manifesta în legătură cu apartenența etnică, cultura, credințele, orientarea sexuală, starea de sănătate și/sau dizabilitate femeilor cărora le furnizează servicii • Asigură aranjamente alternative în cazul în care diferențele culturale ar putea aduce prejudicii • Se asigură că propria practică este corespunzătoare din

	<p>punct de vedere cultural în momentul în care supervizează alți angajați.</p> <p>1.4.2. Managerul regional asigură funcționarea mecanismelor de feed back și existența unui sprijin pentru adaptabilitate culturală</p> <p>1.4.3. Managerul regional respectă părerile și așteptările femeilor din grupele defavorizate în privința colectării și utilizării informațiilor personale legate de screeningul pentru cancerul de sân.</p>
<p>Criteriaul 1.5 – Managerul regional stabilește relații cu medicii de familie și alt personal din asistența medicală primară din zona în care asigură servicii în cadrul PNSCS</p>	<p>1.5.1. Managerul regional sprijină schimbul de informații dintre listele medicilor de familie și registrul de screening dar în limita respectării principiilor de confidențialitate. Cu alte cuvinte, registrul de screening nu poate avea acces automat la datele femeilor de pe listele medicilor de familie fără ca ele să își fi dat consimțământul în acest sens sau dacă au refuzat transferul acestor date.</p> <p>1.5.2. Dacă femeia și-a dat consimțământul, managerul regional informează medicul ei de familie (MF) sau asistentul medical comunitar (AMC) despre rezultatele screeningului și a evaluărilor suplimentare, dacă este cazul, în perioadele de timp specificate de protocoale.</p> <p>1.5.3. Managerul regional sprijină rolul MF/AMC în cadrul PNSCS, în particular în:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evidențierea beneficiilor și limitărilor asociate mamografiei de screening pentru femeile eligibile • Identificarea și invitarea femeilor eligibile • Raportarea rezultatelor • Confirmarea eligibilității femeilor și a datelor lor de contact • Încurajarea femeilor pentru a participa în rundele viitoare de screening • Oferirea de informații și sprijin pentru femei. <p>1.5.4. Managerul regional asigură:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Informarea MF/AMC în privința programului, încurajarea și menținerea suportului lor pentru program • Oportunități pentru instruirea și îmbunătățirea abilităților MF/AMC privind PNS în așa fel încât ei să promoveze în mod activ programul • Distribuirea de resurse educative și de promovare către furnizorii și practicienii relevanți • Existența de relații eficiente de lucru destinate acoperirii echitabile în rândul populației roma • Includerea în seminarele informative destinate MF/AMC de informații privitoare la modalitățile cele mai eficiente de informare, suport și recrutare a femeilor aparținând grupurilor defavorizate

	<ul style="list-style-type: none"> • Disponibilitatea de informații suficiente privitoare la modalitățile cele mai eficiente de informare, suport și recrutare a femeilor cu dizabilități • Furnizarea de informații privind trimiteri necorespunzătoare și diferența dintre mamografia de screening și cea de diagnostic • Accesul MF/AMC la date despre numărul femeilor din practica lor care participă la BNS (rapoarte regulate cu femeile care au fost la screening, rezultatele testării) <p>1.5.5. UATMR are un angajat care are responsabilitatea de a menține contactul regulat (cel puțin anual) și legătura cu MF/AMC și furnizorii de servicii de screening din regiune (poate fi realizat prin întâlniri față-în-față, buletine informative etc.)</p> <p>1.5.6. Femeie care vin la testare dar nu au un medic de familie sau nu au legătură cu un AMC (sau nu doresc să numească un MF/AMC) sunt încurajate să numească unul sau să se înscrie pe lista unui MF și le sunt oferite datele de contact ale medicului/medicilor de familie care are/au cabinet/e la nivel local sau în apropiere.</p>
<p>Criteriau 1.6: Există o colaborare regională pentru a promova participarea informată în PNSCS</p>	<p>1.6.1. Managerul regional asigură ca strategiile să:</p> <ul style="list-style-type: none"> • fie bazate pe dovezi, să urmeze standarde de bună practică și să menționeze cerințe etice • se concentreze pe femeile din grupurile prioritare • să ia în considerare întregul traseu de screening • recunoască diversitatea practicilor culturale • respectă alegerea femeii de a lua în mod informat decizia de a nu participa la program <p>1.6.2. Managerul regional asigură:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Folosirea unor forumuri publice corespunzătoare pentru a oferi informații corecte despre screening • legături și colaborări cu organizații cheie, stakeholderi, reprezentanți ai comunităților și alte grupuri pe care să îi sprijine pentru a încuraja femeile eligibile și familiile lor pentru participarea la BNS • identificarea de organizații cheie, grupuri și comunități cărora să le asigure asistență pentru promovarea mesajelor cheie • distribuția de resurse educaționale privind BNS către femei în locurile în care funcționează centre primare de screening și alte puncte de interes din comunități
<p>Criteriau 1.7 – Furnizorii de servicii de screening și furnizorii de servicii de suport lucrează în parteneriat pentru a oferi serviciile din cadrul PNSCS</p>	<p>1.7.1. Managerul regional și furnizorii de servicii de suport (CC și IT) trebuie să:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se întâlnească o dată la cel puțin șase luni pentru a discuta problemele relevante ale activității lor • Organizeze anual întâlniri de analiză și planificare

	<p>comună, cu atenție specială pentru programările pentru unitățile mobile, problemele de recrutare și retenție a personalului și indicatorii de performanță ai programului.</p>
	<p>1.7.2. Furnizorii de servicii de suport trebui să fie implicați activ împreună cu cei care furnizează serviciile de screening în asigurarea succesului programului și menținerea încrederii femeilor, inclusiv:</p> <ul style="list-style-type: none"> • acordarea de suport pentru serviciile destinate femeilor identificate ca având nevoie de sprijin sau ca urmare a solicitării UMR • implicarea și sprijinirea femeilor care au confirmat dar nu s-au prezentat la programare, care nu au răspuns la invitație sau la care UMR a făcut o solicitare în acest sens.
<p>Criteria 1.8: Managerul regional asigură existența de protocoale și proceduri pentru managementul programărilor și rechemări</p>	<p>1.8.1. Procesul de programare este inițiat după ce femeia a fost identificată și inclusă în Registrul de screening (RS)</p>
	<p>1.8.2. Managerul regional asigură ca procesul de programare să includă:</p> <ul style="list-style-type: none"> • În cadrul telefonului de confirmare a participării la PNS obținerea de informații pentru completarea înregistrării femeii în RS: telefon de contact + număr de rezervă, numele MF pe a cărui listă este inclusă, existența în comunitate a unui AMC, acordul pentru comunicarea cu MF, orice nevoi speciale • informarea femeii despre numele furnizorului, unde este furnizat serviciul, programul de funcționare și despre orice informație relevantă necesară înainte de a participa la o mamografie de screening • furnizarea de informații despre cum să-și schimbe programarea, dacă este necesar • furnizarea de formulare de consimțământ, după caz • furnizarea broșurii de informare despre program • furnizarea chestionarului privind factorii de risc personali
	<p>1.8.3. Pentru femeile care își mută domiciliul, managerul regional asigură:</p> <ul style="list-style-type: none"> • respectarea cerințelor privind gestionarea datelor personale • pentru femeile care se mută în perioada evaluare, păstrarea legăturii cu centrul de evaluare unde a început investigațiile suplimentare până la stabilirea diagnosticului și, în caz de diagnostic pozitiv, intrarea în programul de tratament • femeile care sunt în termen de cinci ani de la un diagnostic de cancer la sân în cadrul PNS, nu sunt

	<p>transferate până nu revin la program.</p> <p>1.8.4. Managerul regional se asigură că femeia nu mai este chemată pentru repetarea screeningului de rutină și că, dacă este cazul, este informată despre consecințe, atunci când:</p> <ul style="list-style-type: none"> • are un diagnostic pozitiv de cancerul de sân și este trimisă pentru tratament • solicită în mod activ să nu fie chemată din nou la PNS • nu se încadrează în intervalul de vârstă eligibil • este decedată • nu reușește sau refuză să participe sau să finalizeze o evaluare • în mod repetat (de cel puțin trei ori) nu participă la programările de screening confirmate, dacă în opinia UMR încercările suplimentare de a programa o testare ar fi inutile • nu poate fi contactat de furnizor după ce toate eforturile rezonabile au fost făcute folosind gama de mijloace disponibile pentru UMR.
<p>Standard 2 – Centrarea pe beneficiară. Programul este orientat înspre femeie și toate femeile sunt informate și sprijinite în mod corespunzător</p>	
<p>Criteriaul 2.1 Managerul regional oferă femeilor informații și resurse bazate și dovezi și coerente</p>	<p>2.1.1 Informațiile scrise care au fost aprobate de unitatea națională de screening și sunt în concordanță cu politicile naționale și mesajele cheie sunt disponibile tuturor femeilor în formatul cel mai potrivit pentru nevoile lor și familiilor lor, pe tot parcursul screeningului și evaluării și includ:</p> <ul style="list-style-type: none"> • scopul screeningului • repetarea screeningului • probabilitatea rechemării pentru evaluare • riscurile de rezultate fals pozitive, rezultate fals negative sau diagnostic în exces • investigațiile care pot fi solicitate • beneficiile, limitările și riscurile investigațiilor • rezultatele posibile ale evaluării. <p>2.1.2 Managerul regional se asigură că:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Strategiile regionale / locale ale posturilor de radio și media tipărită sunt în relație de complementaritate cu toate activitățile media pe plan național • Chiar dacă poate exista și promovare pentru care se plătește, accentul la nivel regional va fi pus pe acoperirea neplătită, inclusiv interviuri și comunicate de presă • se acordă prioritate acoperirii mass-media eficiente adresată femeilor din grupurile prioritare ale PNS • intervențiile în mass-media sunt discutate cu Unitatea

	<p>Națională de Screening pentru a asigura un management eficient</p> <ul style="list-style-type: none"> • orice comunicare cu mass-media cu privire la PNSCS, inițiată de furnizori de servicii de screening (de exemplu, un comunicat de presă) necesită aprobarea prealabilă în scris de către Unitatea Națională de Screening, care o va examina în termen de 48 de ore, dacă este posibil. • acolo unde este convenit, anunțuri de rutină sau repetarea anunțurilor de poate face fără aprobare suplimentară (de exemplu, programul unității mobile). <p>2.1.3. Managerul regional este obligat să se asigure ca toate comunicările privitoare la activitățile PNSCS (inclusiv materiale educaționale, comunicare media de promovare și semnalizarea, dar excluzând scrisorile pe antetul PNSCS):</p> <ul style="list-style-type: none"> • respectă Manualul de identitate vizuală identitatea vizuală și include sigla PNS - alte logo-uri nu le vor fi plasate pe materiale decât în cazul în care Unitatea Națională de Screening (UATMN) a dat o aprobare explicită • sunt aprobate de UATMN, care va examina materialul în termen de 10 zile lucrătoare, ori de câte ori este posibil.
<p>Criteria 2.2 Managerul regional asigură existența formularelor de consimțământ ale femeilor pe întregul parcurs de screening</p>	<p>2.2.1 Managerul regional se asigură că obținerea consimțământului informat respectă următoarele principii:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consimțământul este obținut pentru toate manevrele pentru care reglementările solicită acest lucru. • Sunt oferite femeilor informații complete, corecte și echilibrate în așa fel încât ea are posibilitatea de a lua o decizie în deplină cunoștință de cauză. • Consimțământul este dat în mod voluntar. • Femeia are capacitate de consimțământ • Femeile trebuie să știe că au dreptul de a nu-și da consimțământul și să își retragă consimțământul în orice moment. <p>2.2.2. Managerul regional asigură existența unui consimțământ scris al femeilor care:</p> <ul style="list-style-type: none"> • sunt la prima testare de screening în cadrul programului • fac proceduri diagnostice invazive • pentru anunțarea MF/AMC privitor la participarea femeii în PNS și a rezultatelor primului test de screening mamografic • pentru solicitarea de către furnizor a unor informații relevante de la alți furnizori de servicii de sănătate • participă în cercetări (dacă este solicitată de un comitet

	<p>de etică și/sau Unitatea Națională de Management – UNM)</p> <ul style="list-style-type: none"> • au implanturi de sân și mamografii. <p>2.2.3. Managerul regional asigură obținerea și înregistrarea consimțământ verbal de la toate femeile pentru:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mamografii de screening subsecvente • pentru anunțarea MF/AMC privitor la participarea femeii în rundele subsecvente ale PNS și a rezultatelor testele subsecvente de screening mamografic • evaluare de nivel 1 • prezența participanților la programe de instruire în timpul furnizării serviciilor de screening și efectuarea serviciilor de către aceștia. <p>2.2.4. Managerul regional informează toate femeile în scris (denumit use of information notification) despre scopul, utilizarea și cei ce vor avea acces la informațiile personale colectate.</p> <p>2.2.5. Femeilor li se oferă oportunitatea de a pune întrebări în privat înainte de a-și da consimțământul pentru orice procedură. Sunt disponibile resurse umane cu pregătire medicală care pot răspunde întrebărilor medicale pe care le au femeile și că toate femeile primesc înainte de fiecare rundă de screening versiunea cea mai recentă a broșurii de informare privind PNS, aprobată de UNM.</p>
<p>Criteriaul 2.3 – Managerul regional se asigură că fiecare femeie beneficiază de sprijinul necesar pentru a avea acces și participa în program într-o măsură rezonabilă, indiferent de nevoile ei culturale și preferințele personale</p>	<p>2.3.1. Managerul regional se asigură că fiecare femeie care participă la PNSCS este însoțită în privința dreptului de a fi însoțite de una sau mai multe persoane la testare, cu excepția situațiilor în care le poate fi periclitată siguranța personală</p> <p>2.3.2. Managerul regional asigură ajutor din partea angajaților oricărei femei care solicită asistență în vederea obținerii de sprijin.</p> <p>2.3.3. Managerul regional se asigură ca în cadrul procesului de programare, femeia este întrebată dacă are vreo deficiență, dizabilitate sau nevoi/cerințe speciale de care va trebui să se țină seamă în timpul testării în așa fel încât:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Serviciile de traducere și orice alt tip de servicii suplimentare de care are nevoie femeia sunt organizate înainte de ca ea să meargă la centrul primar de screening sau centrul de evaluare • Femeile cu dizabilități sunt încurajate să meargă pentru testare la o unități fixe care sunt mai bine echipate pentru a asigura accesul și timp suplimentar și au loc și pentru însoțitori. • Femeile cu implante mamare au nevoie de o durată mai mare pentru testare

	2.3.4. Serviciile de traducere și orice alt tip de servicii suplimentare de care are nevoie femeia sunt organizate înainte de ca ea să meargă la centrul primar de screening sau centrul de evaluare
	2.3.5. Femeile cu dizabilități sunt încurajate să meargă pentru testare la o unități fixe care sunt mai bine echipate pentru a asigura accesul și timp suplimentar și au loc și pentru însoțitori
	2.3.6. Femeile cu implante mamare au nevoie de o durată mai mare pentru testare
	2.3.7. Asistența/operator ia legătura cu fiecare femeie care este rechemată pentru evaluare suplimentară și asigură că: <ul style="list-style-type: none"> • Sprijinul on-line/telefonice și asistență cu aranjamentele practice necesare este furnizat fiecărei femei care este rechemată pentru evaluare suplimentară • Urmărire pentru femei care au nevoie de suport – acolo unde sprijinul pentru urmărire se limitează la convorbirea telefonică, asistenta/operator trebuie să cunoască despre rețelele de suport care funcționează la nivel local • Întregul suport oferit de asistenta/operator trebuie să fie documentat în fișa femeii.
	2.3.8. Managerul regional trebuie să asigure asistentei/operator un spațiu privat în care aceasta să discute cu apelantele, inclusiv o linie telefonică corespunzătoare.
Criteriul 2.4 – screeningul, evaluarea și trimiterea la tratament trebuie să facă parte dintr-un continuum de-a lungul căruia femeia este constant informată	2.4.1. Femeile sunt informate despre timpul de așteptare de care poate fi nevoie în momentul în care se prezintă la o testare/consultație programată
	2.4.2. Protocoalele referitoare la atitudinea și comportamentul angajaților față de femei și membri de familie/însoțitori sunt respectate
	2.4.3. Fiecărei femei i se explică în mod clar și complet procedura înainte de mamografia de screening, inclusiv nevoia de o compresie adecvată și avantajul acestei manevre în sensul creșterii calității imaginii obținute și reducerii dozei de radiații.
	2.4.4. Cu fiecare femeie înainte de terminarea efectuării testării, s-a discutat despre modul și intervalul de timp în care va fi notificată de rezultatul testării
	2.4.5. Managerul regional se asigură, în momentul efectuării mamografiei, că femeile au fost informate și au înțeles că peste doi ani vor fi re-invitate la testare.
	2.4.6. Managerul regional se asigură că, în momentul screeningului, fiecare femeie este informată și a înțeles că, dacă înainte de momentul în care va primi următoarea scrisoare de invitație la screening apar simptome la nivelul

	<p>sânilor, trebuie să solicite o consultație la medicul lor de familie.</p>
	<p>2.4.7. Fiecare femeie rechemată pentru evaluare este informată despre nevoia de a se prezenta la un centru de evaluare de asistenta/operator cât mai repede după testare.</p>
	<p>2.4.8. Femeile diagnosticate cu cancer trebuie să discute cu oncologul despre opțiunile de tratament împreună cu asistenta/operator. Trebuie să fie disponibile materiale informative specifice aprobate de UNM.</p>
	<p>2.4.9. Femeia primește o listă cu medicii oncologi care lucrează în zona ei de domiciliu.</p>
	<p>2.4.10. Centrul implementează un protocol de trimitere pentru tratamentul subsecvent toate femeile diagnosticate cu cancer de sân. Centrul se asigură că toate trimiterile la clinicieni care tratează cancerul de sân includ:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rezultatele testelor și diagnosticul • Acces la imagini • Acces la raportul anatomopatologic • Acces la recomandările echipei multidisciplinare sau a fișei de evaluare • O cerere pentru informare corespunzătoare privind urmărirea.
<p>Criteriaul 2.5 – Spațiul privat personal al fiecărei femei este respectat în cadrul fiecărui serviciu care i se furnizează</p>	<p>2.5.1. Managerul regional se asigură că există politici și protocoale care asigură protecția intimității personale pentru fiecare femeie care participă la program.</p>
	<p>2.5.2. Managerul regional se asigură că există protocoale pentru conversațiile telefonice, transmiterea de informații prin mesaje sms sau email și/sau contact personal cu femeile, care țin cont de principiile respectului, sensibilității și adecvării culturale.</p>
	<p>2.5.3. În cazul transmiterii de informații prin mesaje sms sau email, reprezentantul furnizorului trebuie să:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se asigure că sunt transmise doar informații privitoare la notificări non-clinice care pot include reamintiri de programări, confirmări de programări și follow-up pentru programările fără prezentare • Nu transmită informații despre rezultate sau informații clinice
	<p>2.5.4. În cazul unui conversații telefonice, informația este transmisă doar femeii în cauză și reprezentantul furnizorului trebuie să:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifice femeia cu numele ei întreg • Dacă răspunde o altă persoană, li se spune că este vorba despre o discuție personală • Se prezintă cu nume, rol și loc de muncă • Conformă data de naștere a femeii

	Membri de familie pot fi folosiți pentru traducere în cazul femeilor care nu vorbesc limba română doar pentru transmiterea de informații non-clinice
	2.5.5. Dacă angajații PNSCS lasă mesaje scrise personale pentru femeile care au familie acestea trebuie transmise în plicuri închise pe care scrie "Confidențial"
	2.5.6. Tuturor femeilor trebuie să li se ofere o robă sau halat pentru durata screeningului sau evaluării.
	2.5.7 Managerul regional se asigură că există un protocol privind accesul femeii la fișa sa personală.

Standardul 3: Promptitudinea Serviciile de screening și evaluare sunt furnizate femeilor într-un mod prompt și eficient.

Criteriu 3.1 – Managerul regional asigură parcurgerea de către femei a întregului parcurs de screening în timp util	3.1.1. Țintă: $\geq 90\%$ din femei sunt programate pentru o mamografie de screening în 60 de zile de la data primirii invitației (numai în cazul programării la unități fixe)
	3.1.2. Țintă: $> 90\%$ din femei au o notificare referitoare la rezultatul testării în intervalul a 10 zile lucrătoare de la efectuarea mamografiei, în cazul unui rezultat negativ
Criteriu 3.2 - Managerul regional asigură parcurgerea de către femei a întregului parcurs de evaluare în timp util	3.2.1. Țintă: $\geq 90\%$ sunt programate pentru evaluare în următoarele 15 zile lucrătoare după efectuarea mamografiei finale. În cazul în care prima încercare de contact a eșuat, pentru realizarea programării se fac cel puțin 3 apeluri telefonice urmate de trimiterea unei scrisori.
	3.2.2. Țintă: tuturor femeilor care nu au nevoie de biopsie pentru evaluare, primesc rezultatul final în intervalul a 5 zile lucrătoare de la data vizitei.
	3.2.3. Țintă: $\geq 90\%$ din puncțiile biopsii transcutanate (nivel 2 de evaluare) sunt efectuate în intervalul a cinci zile lucrătoare după data primei vizite de evaluare.
	3.2.4. Țintă: la $\geq 3.2.4$, 90% din femeile care au nevoie de o biopsie chirurgicală (nivel 3 de evaluare) intervenția a fost efectuată în intervalul a 20 de zile lucrătoare din momentul în care au fost anunțate că au nevoie de intervenție.
	3.2.5. Țintă: $\geq 80\%$ din rezultatele puncțiilor biopsie transcutanate (nivel 2 de evaluare) sunt transmise la UATMR în intervalul a 3 zile lucrătoare după ce laboratorul care efectuează analiza a primit eșantionul.
	3.2.6. Țintă: $\geq 90\%$ din rezultatele histopatologice scrise ale puncțiilor biopsie transcutanate (nivel 2 de evaluare) și ale biopsiilor deschise (nivel 3 de evaluare) sunt primite de UMR în intervalul a cinci zile lucrătoare din momentul în care laboratorul a primit eșantionul.
	3.2.7. Țintă: $\geq 90\%$ din femei primesc rezultatele în intervalul a cinci zile lucrătoare din momentul efectuării puncției

	biopsie transcutanate finale.
	3.2.8. Țintă: în cazul în care diagnosticul este cel de cancer, la $\geq 90\%$ din femei se efectuează intervenția chirurgicală inițială în intervalul a 31 de zile calendaristice din momentul în care s-a luat decizia finală privind tratamentul.
Standard 4 detectarea cancerului – detectarea cancerului este maximizată în rândul populației țintă iar prejudiciile sunt minimizate	
Criteriul 4.1 Managerul regional asigură o imagine de calitate înaltă	4.1.1 Chiar dacă Directorul medical al programului regional de screening are responsabilitatea finală pentru calitatea imaginilor, este rolul și funcția tuturor tehnicienilor radiologi să producă imagini de cea mai înaltă calitate pentru citire. Directorul medical regional sau un radiolog desemnat de acesta se întâlnește cu tehnicienii radiologi subordonați cel puțin trimestrial.
	4.1.2 Centrul primar de mamografie monitorizează și raportează procentul de femei care au patru sau mai puține imagini per testul de screening
	4.1.3 Managerul regional se asigură că: <ul style="list-style-type: none"> • toate mamografiile de screening au o incidență oblică cranio-caudală și una medio-laterală a fiecărui sân • tehnicienii radiologi au posibilitatea de a decide orice incidențe/imagini suplimentare necesare pentru a asigura imaginea întregului sân, cu asigurarea expunerii minime la radiații • orice abatere de la protocolul standard este înregistrată de tehnicianul radiolog care efectuează testul de screening • pentru fiecare test de screening, se înregistrează numărul total de imagini efectuate • pentru fiecare test de screening, se înregistrează numărul total de imagini respinse • se înregistrează numele tehnicianului radiolog care efectuează testul.
	4.1.4 Managerul regional se asigură că în cadrul programului protocolul utilizat este în concordanță cu protocoale utilizate în cazuri speciale și anume în cazuri cu: <ul style="list-style-type: none"> • implanturi mamare • mastectomie.
	4.1.5 Directorul medical regional se asigură de existența și cunoașterea protocoalelor pentru cazurile femeilor care au dispozitive medicale (de exemplu, stimuloare cardiace).
	4.1.6 Personalul implicat în testarea de screening se asigură că există o înregistrare corectă a oricărui factori, inclusiv tehnici, care pot veni în sprijinul obținerii unor imagini de înaltă calitate în episoadele viitoare de screening la care va

	participa femeia.
	<p>4.1.7 Tehnicianul radiolog șef asigură supervizarea profesională tehnicienilor radiologi din regiunea de care răspunde și este responsabil pentru asigurarea:</p> <ul style="list-style-type: none"> • asigurării unui standard înalt de calitate a imaginii mamografice este efectuate de toți tehnicienii radiologi din regiunea supervizată de el • monitorizării performanței fiecărui tehnician radiolog și oferirii de feed back fiecărui tehnician radiolog dine chipă
	<p>4.1.8 Pentru ca radiologul cititor să poată evalua întreaga structură a sânului, tehnicianul radiolog trebuie efectueze imagini ale sânului acordând atenție următoarelor aspecte:</p> <ul style="list-style-type: none"> • controlul de calitate • poziționare • factorii de expunere.
	<p>4.1.9 Înainte de înregistrarea imaginilor, este responsabilitatea tehnicianului radiolog să verifice toate imaginile pentru:</p> <ul style="list-style-type: none"> • poziționare • claritate • contrast • expunerea corectă • compresie • adnotarea corectă • detaliile femeii • absența de artefacte • completarea examinării în conformitate cu clasificarea MIQ și pentru a documenta clasarea
	<p>4.1.10 Un tehnician radiolog, altul decât cel care efectuează testarea, poate revizui imaginile înainte ca acestea să fie date radiologilor pentru citire; acest lucru se va produce de obicei cu mamografiile efectuate în alt loc decât cel în care lucrează acesta.</p>
	<p>4.1.11 Rata de respingere tehnică la nivelul unui centru este $\leq 3\%$ din toate imaginile testare pentru screening.</p>
	<p>4.1.12 Rata de rechemare pentru motive tehnice la nivelul unui centru de testare este $\leq 0.5\%$.</p>
	<p>4.1.13 Caracteristicile imaginilor respectă reglementările relevante privind acordarea licențelor de radiații și standardele de practică naționale, inclusiv standarde referitoare la stocarea, preluarea și transmiterea imaginilor.</p>
	<p>4.1.14 Centrul are un sistem de back a datelor care se aplică în cazul căderii sistemelor și cerințele legate de arhivarea imaginilor și sistemele de comunicații) și eșecul efectuării imaginii.</p>
<p>Criteriaul 4.2 Managerul regional</p>	<p>4.2.1 Imaginile sunt citite independent de doi radiologi, amândoi</p>

asigură o calitate înaltă a citirii în așa fel încât se maximizează detectarea cancerului și prejudiciile sunt minimizate	îndeplinesc cerințele de pregătire în radiologie, așa cum sunt ele menționate în acest document.
	4.2.2 Managerul regional se asigură că cititorii de mamografii au o perioadă de timp specifică alocată citirii mamografiilor de screening.
	4.2.3 Managerul regional se asigură că sistemul asigură o lectură independentă a celor doi cititori și cel de-al doilea radiolog nu poate vedea sau modifica rezultatele introduse de primul cititor.
	4.2.4 Toate citirile inițiale ale imaginilor digitale trebuie să fie efectuate pe copii digitale. În cadrul programului nu este permisă citirea inițială pe imagini tipărite.
	4.2.5 Toți radiologii cititori de imagini trebuie să citească cel puțin 2000 de mamografii de screening pe an în cadrul programului.
	4.2.6 Rezultatul final al citirii imaginii se exprimă în raport ca: <ul style="list-style-type: none"> • revine la screeningul de rutină (care poate avea și „dar are simptome” sau „nu este complet”) sau • „pentru evaluare” (trimite pentru investigații suplimentare mamografice sau clinice la un centru de evaluare).
	4.2.7 Pentru soluționarea cazurilor în care rezultatele celor două citiri independente nu concordă, se urmărește un protocol scris. Imaginea este citită de un al treilea cititor, numit arbitru. Arbitrul exprimă rezultatul citirii sub forma unei recomandări unice finale: „revenire la screeningul de rutină” sau „pentru evaluare” (ca mai sus).
Criteriul 4.3 Sunt minimizate investigațiile inutile și sunt minimizate rechemările pentru investigații suplimentare	4.3.1 <10% dintre femeile cu vârste cuprinse între 50 și 69 de ani care participă la prima etapă de screening sunt rechemate pentru evaluare suplimentară.
	4.3.2 <5% dintre femeile cu vârste cuprinse între 50 și 69 de ani care participă la cea de a doua etapă sau la o etapă ulterioară de screening sunt rechemate pentru evaluare suplimentară pentru evaluare.
	4.3.3 Programul monitorizează valoarea predictivă pozitivă a mamografiei de screening pentru femeile cu vârste cuprinse între 50 și 69 de ani la femeile care participă la prima lor etapă de screening.
	4.3.4 Programul monitorizează valoarea predictivă pozitivă a mamografiei de screening pentru femeile cu vârste cuprinse între 50 și 69 de ani la femeile care participă la etapa a doua de screening sau la etapele ulterioare de screening.
	4.3.5 La <2% dintre femei se face recomandare pentru evaluare suplimentară după testarea inițială.
Criteriul 4.4 Managerul regional	4.4.1 Pentru cancerule de interval invazive identificate prin

<p>asigură existența de politici și protocoale care sunt esențiale pentru calitatea înaltă a depistării cancerului</p>	<p>Registrul de Cancer, programul urmează un protocol pentru:</p> <ul style="list-style-type: none"> • revizuirea și investigarea tuturor cancerelor de interval invazive din fiecare centru sau anual • identificarea și implementarea de modificări pentru a îmbunătăți practicile acolo unde este necesar, în special acolo unde rata cancerului de interval invaziv este mai mare decât standardul. <p>4.4.2 Centrul pune în aplicare un protocol pentru managementul femeilor care raportează că au simptome fie în momentul confirmării programării/solicitării de reprogramare, fie atunci cînd se prezintă la testarea mamografică (vezi Anexa G: Femeile simptomatice). Simptomele semnificative sunt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • un nodul sau o îngroșare (un nodul pe care l-a sesizat femeia că a apărut în ultimele 12 luni) • o ulcerăție sau modificare a pielii • orice modificare la nivelul unui mamelon, cum ar fi: <ul style="list-style-type: none"> - un mamelon interiorizat - secreție apoasă sau sanguinolentă care persistă și atunci cînd mamelonul nu este stors. <p>4.4.3 La toate femeile examinate trebuie să se înregistreze antecedentele de la nivelul sânilor. Ele trebuie să fie disponibile radiologului cititor. Acestea ar trebui să includă:</p> <ul style="list-style-type: none"> • data și locul mamografiei/mamografiilor anterioare • orice antecedente familiale de cancer de sân • chirurgie sau tratament anterior la sân • cicatrici, alunițe și alte „semne” (cu înregistrarea localizării) • simptomele actuale • utilizarea de terapie de substituție hormonală (HRT).
<p> criteriul 4.5 Managerul regional maximizează detectarea cancerului mamar invaziv la populația țintă</p>	<p>4.5.1 Țintă: ≥ 61 din la 10.000 de femei cu vârste cuprinse între 50 și 69 de ani care participă la prima etapă de screening sunt diagnosticate cu cancer de sân invaziv.</p> <p>4.5.2 Țintă: $\geq 34,5$ din 10.000 de femei cu vârste cuprinse între 50 și 69 de ani, care participă la etapele ulterioare de screening sunt diagnosticate cu cancer de sân invaziv.</p> <p>4.5.3 Țintă: $\geq 30,5$ din 10.000 de femei cu vârste cuprinse între 50 și 69 de ani care participă la prima etapă de screening sunt diagnosticate cu cancer de sân invaziv mic (≤ 15 mm).</p> <p>4.5.4 Țintă: $\geq 17,3$ la 10.000 de femei cu vârste cuprinse între 50 și 69 de ani care participă la ecranele lor ulterioare sunt diagnosticate cu cancer de sân invaziv mic (≤ 15 mm).</p>
<p> criteriul 4.6: Managerul regional monitorizează detectarea carcinomului ductal in</p>	<p>4.6.1 Țintă: 10–25% dintre femeile cu vârste cuprinse între 50 și 69 de ani cu cancer detectat prin program sunt diagnosticate cu carcinom ductal in situ (DCIS).</p>

situ	
Criteriul 4.7: Managerul regional reduce la minimum numărul de cancere de sân invazive de interval	4.7.1 Țintă: $\leq 7,1$ din 10.000 de femei cu vârste cuprinse între 50 și 69 de ani care participă la screening sunt diagnosticate cu un cancer de interval invaziv pe parcursul unui an calendaristic de la o etapă de screening cu rezultat negativ.
	4.7.2 Țintă: $\leq 15,0$ din 10.000 de femei cu vârste cuprinse între 50 și 69 de ani care participă la screening sunt diagnosticate cu un cancer de interval invaziv în cel de-al doilea an calendaristic după o etapă de screening cu rezultat negativ sau înainte de următoarea mamografie de screening.
Standard 5 Evaluarea și diagnosticul cancerului de sân este corectă, sigură și eficientă	
Criteriul 5.1: Programul demonstrează o abordare multidisciplinară a evaluării	5.1.1 Managerul regional se asigură că echipa multidisciplinară implicată în evaluarea femeilor rechemate pentru evaluare suplimentară are documente privind instruirea și expertiza în: <ul style="list-style-type: none"> • examinarea sânilor • abilitățile de citire a mamografiilor • interpretarea și pregătirea imaginilor mamografice • abilitatea de efectuare și performanța și interpretare a investigațiilor ecografice • efectuarea de biopsii percutane cu ac • prepararea și interpretarea eșantioanelor pentru examinarea histopatologică • planificarea tratamentului chirurgical • îngrijiri de susținere.
	5.1.2 Managerul regional asigură punerea în aplicare a unui protocol care asigură corelarea și evaluarea de către echipa multidisciplinară a rezultatelor clinice, imagistice și/sau histopatologice și decizia privitoare la investigațiile sau managementul ulterior pentru toate cazurile care au suferit biopsie percutană cu ac sau biopsie de excizie diagnostică. Reuniunile echipei multidisciplinare: <ul style="list-style-type: none"> • vor fi organizate de preferință săptămânal, dar cel puțin de două ori/lună • există un registru în care se înscriu participanții la întâlniri • se acordă o atenție specială leziunilor indecise histopatologic (B3) sau eșantioanelor în care nu au fost vizualizate microcalcificări în ciuda faptului că se anticipa identificarea lor • analizează toate cazurile de evaluare extinsă • sunt revizuite rezultatele evaluărilor de stadializare de la nivelul centrelor de evaluare inițială.
	5.1.3 Rezultatele finale sunt comunicate femeilor numai de către

	<p>un profesionist în domeniul sănătății după finalizarea tuturor proceselor de examinare clinică. Modalitatea și momentul comunicării rezultatului final sunt discutate cu femeia la finalizarea vizitei de evaluare.</p>
<p>Criteriaul 5.2: Managerul regional maximizează eficacitatea evaluării</p>	<p>5.1.4 Există un protocol local pentru corelarea în cadrul discuțiilor echipei multidisciplinare a recomandărilor de tratament cu diagnosticul stabilit pe baza examenului histopatologic a eșantioanelor obținute prin puncție biopsie cu acul și a investigațiilor imagistice și pentru investigarea rezultatelor discordante.</p> <p>5.2.1 Managerul regional se asigură de punerea în aplicare a unor protocoale pentru evaluarea tuturor femeilor rechemate la evaluare suplimentare, care includ:</p> <ul style="list-style-type: none"> • evaluare de nivel 1 - vizualizări mamografice suplimentare, magnificări sau ecografie • evaluare de nivel 2 - examen clinic sau biopsie percutană cu acul, după cum este necesar • evaluare de nivel 3 - biopsie de excizie diagnostică, după cum este necesar. <p>5.2.2 Managerul regional se asigură că protocolul impune înregistrarea pe imaginea ecografică a oricărei leziuni semnificative de la nivelul sânelor a dimensiunii, localizării în termeni de cadran de ceas și menționarea distanței față de sfârc.</p> <p>5.2.3 Managerul regional se asigură că protocolul impune ca toate leziunile radiologice să fie clasificate în felul următor:</p> <ul style="list-style-type: none"> • categoria 1: normal/benign - reveniți la screeningul de rutină • categoria 2: probabil benign - poate necesita biopsie pentru confirmarea diagnosticului • categoria 3: nedeterminată – necesită biopsie pentru stabilirea diagnosticului • categoria 4: probabil malign - necesită biopsie pentru stabilirea diagnosticului • categoria 5: malign - necesită biopsie pentru stabilirea diagnosticului. <p>5.2.4 Tuturor femeilor care necesită o evaluare de nivel 2 sau de nivel 3 trebuie să li se facă un examen clinic înainte de efectuarea procedurii de diagnostic.</p> <p>5.2.5 Țintă: <5% din toate biopsiile percutanate cu acul sunt clasificate drept fals negative sau neadecvate.</p> <p>5.2.6 Țintă: <0,5% din leziunile benigne evaluate prin biopsie percutană cu acul au un rezultat fals pozitiv.</p> <p>5.2.7 Țintă: Sensibilitatea absolută a unui diagnostic de cancer de sân bazat pe biopsia percutană cu acul este > 90%.</p> <p>5.2.8 Țintă: Sensibilitatea completă a biopsiei percutanate cu acul în evaluarea leziunilor mamare este > 95%.</p>

<p> Criteriul 5.3: Managerul regional asigură furnizarea de informații exacte histopatologului de caz </p>	<p> 5.3.1 Managerul regional se asigură că există un protocol scris pentru etichetarea eșantioanelor destinate examinării histopatologice care asigură ca: </p> <ul style="list-style-type: none"> • toate eșantioanele să aibă un dublu identificator (adică numele și data nașterii sau numele și CNP) • toate eșantioanele sau formularele de solicitare sunt clar identificate ca provenind din PNSCS • în cazul în care sunt prelevate eșantioane din leziuni multiple, fiecare eșantion este clar identificat și diferențiat, etichetat și urmărit în mod corespunzător • se menționează același cod de identificare a leziunii de pe formularul de solicitare a examinării registrele din în laboratorul de histopatologie, în rapoartele de examinare histopatologică și radiologice și în fișa femeii. • clinicianul care efectuează prelevarea este responsabil de verificarea etichetării corecte a eșantioanelor.
	<p> 5.3.2 Pentru toate eșantioanele, radiologul sau chirurgul furnizează informații clinice complete histopatologului care va efectua examinarea eșantionului, inclusiv: </p> <ul style="list-style-type: none"> • locația exactă a leziunii/leziunilor • constatări mamografice/ecografice și stadiul anomaliilor radiologice • concluziile examenului clinic • natura procedurii de biopsie • rezultatele oricăror examinări histopatologice anterioare • un ghid pentru localizarea oricărei suturi / clipuri de orientare.
<p> Criteriul 5.4: Managerul regional asigură respectarea protocoalelor și procedurilor reglementate în cadrul PNSCS destinate asigurării unui diagnostic și raport/buletin de analiză corecte ale eșantioanelor prelevate </p>	<p> 5.3.3 Înainte de a fi transportate la laboratorul de histopatologie, biopsiile percutanate cu acul prelevate din zonele de microcalcificare sunt radiografiate cu raze X și au menționate localizările microcalcificărilor pentru orientarea specialistului histopatolog. </p> <p> 5.4.1 Eșantioanele etichetate separat trebuie prelucrate ca eșantioane separate. </p> <p> 5.4.2 Managerul regional se asigură că se respectă protocolul care asigură prelucrarea eșantioanelor obținute prin biopsie percutană cu acul în mod identic cu eșantioanele prelevate prin biopsie chirurgicală de rutină. Trebuie obținute cel puțin trei niveluri din toate punctiile biopsii efectuate cu ac. Niveluri suplimentare trebuie să fie efectuate după cum este necesar pentru a încerca să se obțină concordanță. </p> <p> 5.4.3 Pentru leziunile nepalpabile ale sânului nu se efectuează examinări pe secțiuni înghețate. </p> <p> 5.4.4 Pentru biopsiile de excizie diagnostice, cu excepția cazului în care există o corelație foarte clară între anomaliile radiografice ale eșantionului și rezultatele examinării </p>

	<p>macroscopice, trebuie efectuate radiografiile suplimentare ale secțiunilor din eșantion. Aceste radiografii de etapă a doua pot fi realizate în centrul de evaluare, într-o secție alternativă de radiologie sau cu echipamente special concepute amplasate în laboratorul de histopatologie. Radiologul trebuie consultat în cazul în care histopatologul are vreo îndoielă cu privire la prezența leziunii în radiografiile secțiunilor din eșantionul prelevat.</p>
	<p>5.4.5 Histopatologul raportor va:</p> <ul style="list-style-type: none"> • include în raport descrierea leziunii făcută de radiolog • confirma că eșantionul/eșantioanele recoltate chirurgical au fost prelevate corect, în cazul în care au fost utilizate clipuri de orientare • folosi terminologia de raportare și categoriile de diagnostic utilizate pentru eșantioanele de sân detectate prin screening în efectuat în cadrul PNSCS) • adopta criteriile de clasificare a DCIS stabilite în Protocolul histopatologic și imunohistochimic aprobat în cadrul PNSCS
	<p>5.4.6 În plus față de orice categorii de diagnostic specifice utilizate, histopatologul raportor trebuie să clasifice și puncția biopsie prin ac, după cum urmează:</p> <ul style="list-style-type: none"> • B1: eșantion neadekvat sau țesut mamar normal • B2: leziune benignă a sânului • B3: potențial malign incert • B4: suspect de malignitate • B5: leziune malignă a sânului.
	<p>5.4.7 Biopsiile percutane cu ac, clasificate drept B3, B4 sau B5, trebuie citite în mod independent de un alt histopatolog acreditat în PNSCS.</p>
	<p>5.4.8 Pentru a evita întârzierea intervenției chirurgicale, raportul și lamelele efectuate din eșantion trebuie să fie puse la dispoziția serviciului în care se va efectua tratamentul în timp util, pentru a fi revizuite la întâlnirea preoperatorie a echipei multidisciplinare.</p>
	<p>5.4.9 Toți histopatologii acreditați în cadrul PNSCS sunt încurajați să înainteze cazurile dificil de diagnosticat sau incerte către histopatologul șef al PNSCS sau unor specialiști externi cu care colaborează PNSCS, pentru a solicita o a doua opinie. Orice întârziere potențială a diagnosticului trebuie comunicată Coordonatorului medical al PNSCS, directorului/coordonatorului centrului de evaluare și femeii, cât mai curând.</p>
<p>Criteriaul 5.5: Managerul regional minimizează numărul</p>	<p>5.5.1 Numărul de biopsii deschise efectuate pentru boala benignă este $\leq 3,5$ la 1000 de femei care participă la primul lor screening.</p>

de biopsii deschise (evaluare de nivel 3) efectuate pentru boala benignă	5.5.2 Numărul de biopsii deschise efectuate pentru boala benignă este ≤ 1.6 la 1000 de femei care participă la etape secundare și ulterioare de screening.
Criteriul 5.6: Managerul regional minimizează prejudiciile asociate biopsiilor deschise	5.6.1 Sută la sută din eșantioanele de țesut provenite din leziuni nepalpabile au o imagine perioperatorie adecvată și sunt raportate de un radiolog.
	5.6.2 > 90% din biopsiile care se dovedesc a fi benigne au o greutate <30 grame.
	5.6.3 > 95% din leziunile nepalpabile sunt excizate la prima intervenție de biopsie.
	5.6.4 > 90% dintre cancerete detectate prin screening sunt diagnosticate preoperator.
Criteriul 5.7: Managerul regional minimizează efectele adverse pentru femeile rechemate la centrele de evaluare	5.7.1 Femeile care nu necesită biopsie pentru evaluare, la vizita de evaluare, trebuie să primească cel puțin rezultate provizorii. Rezultatele finale sunt date numai după a doua citire de către un alt radiolog cititor, de imagini de evaluare și rezultat.
	5.7.2 Femeile sunt informate în permanență despre rezultatul evaluării lor. Rezultatele posibile ale primei vizite de evaluare sunt: <ul style="list-style-type: none"> • revenirea la screeningul de rutină • biopsie percutanată • evaluarea etapizată • biopsie deschisă • evaluare extinsă (rechemare precoce) pentru leziunile din categoria 2 în care nu este posibilă efectuarea biopsiei (notă: leziunile din categoria 2 administrate prin evaluare extinsă ar trebui să aibă un risc de malignitate $\leq 2\%$).
	5.7.3 Pentru cazurile care au aprobare scrisă din partea UATMR, Managerul regional asigură monitorizarea administrării eficiente a evaluării etapizate, conform protocolului scris, asigurând că: <ul style="list-style-type: none"> • femeile sunt informate despre proces • femeilor li se oferă posibilitatea de a călători într-un centru alternativ încă de la început • radiologul care evaluează inițial femeia obține feedback cu privire la rezultatele evaluării ulterioare.
	5.7.4 Managerul regional monitorizează în timp util și mod adecvat cazurile în care o femeie nu reușește sau refuză să participe la evaluare, conform protocolului. Managerul asigură: <ul style="list-style-type: none"> • dacă femeia nu participă:- femeii îi este trimisă o scrisoare ca închidere a responsabilității publice a PNSCS. Dacă se cunoaște adresa completă a femeii, scrisoarea se trimite prin curier. În cazul în care femeia, pe parcursul participării la etapa de screening nu și-a exprimat dezcordul în privința informării medicului ei de

	<p>familie, este recomandată informarea medicului ei de familie în privința relației ei cu etapa respectivă de screening.</p> <ul style="list-style-type: none"> • dacă femeia refuză să participe la evaluare sau refuză să efectueze evaluarea (în cadrul PNSCS sau în altă parte), înseamnă că femeia refuză conținutul participării în PNSCS , ceea ce înseamnă: <ul style="list-style-type: none"> - participarea ulterioară în program devine irelevantă - femeia este inclusă în categoria „optează definitive pentru ieșirea din PNSCS” și este sfătuită să se adreseze medicului ei de familie pentru orice îngrijorare • dacă femeia alege să „iasă” din program și să continue evaluarea la un furnizor privat, rezultatele evaluării din sectorul privat vor fi înregistrate, acolo unde sunt disponibile; dacă rezultatele femeii sunt benigne, ar trebui să fie invitată pentru etapa următoare de screening, în mod obișnuit.
	<p>5.7.5 Femeile sunt eligibile pentru asistență de călătorie și cazare pentru ele însele și pentru o persoană de sprijin, așa cum este specificat în Protocolul pentru serviciile de sprijin, dacă domiciliul lor este la mai puțin de 80 km distanță rutieră de cel la domiciliu până la cel mai apropiat centru de evaluare relevant.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Asistența pentru cazare și transport sunt asigurate prin proiectele POCU și trebuie să respecte reglementările respective. • Mesele vor fi pe cheltuiala individului.
<p>Standard 6 Management și conducere Programul are structuri și procese funcționale, evaluate și îmbunătățite continuu pentru a asigura managementul și coordonarea serviciilor de calitate înaltă</p>	
<p>Criteriul 6.1: Personalul angajat în cadrul PNSCS sau serviciile subcontractate sunt coordonate și consude în mod corespunzător pentru a asigura servicii de calitate înaltă</p>	<p>6.1.1 Întregul personal care lucrează în cadrul PNSCS este instruit corespunzător pentru a asigura înțelegerea politicilor, protocoalelor și procedurilor din unitățile în care lucrează.</p>
	<p>6.1.2 Managerul regional se asigură că întregul personal angajat în cadrul PNSCS înțelege PNSCS și modul în care se desfășoară screeningul suficient de bine pentru a-și îndeplini rolul în mod eficient.</p>
	<p>6.1.3 Managerul regional se asigură că pentru fiecare poziție din cadrul PNSCS responsabilitățile, autoritatea, funcțiile și rezultatele care trebuie atinse sunt clar definite.</p>
	<p>6.1.4 Managerul regional se asigură că tot personalul nou și/sau transferat primește programe de orientare/inducție care acoperă componentele esențiale ale serviciilor pe care le va furniza.</p>

	<p>6.1.5 Toți angajații semnează un formular de confidențialitate care conține responsabilitățile și obligațiile lor, în conformitate cu reglementările legale în vigoare.</p>
	<p>6.1.6 Managerul regional se asigură că procesele de gestionare a resurselor umane se desfășoară în conformitate cu bunele practici de angajare și îndeplinesc cerințele legislative.</p>
	<p>6.1.7 Fiecare program regional are o structură de management documentată în mod clar, care include:</p> <ul style="list-style-type: none"> • identificarea persoanei căreia i s-a atribuit responsabilitatea de a gestiona toate aspectele legate de furnizarea serviciilor și clarificarea rolurilor în cazul în care există o răspundere comună • răspunderile și responsabilitățile persoanelor, grupurilor și/sau comitetelor specifice și relația dintre acestea • delimitarea clară a relațiilor și responsabilităților personalului medical și non-medical.
	<p>6.1.8 Se organizează întâlniri ale echipei multidisciplinare de conducere pentru a discuta:</p> <ul style="list-style-type: none"> • coordonarea dintre serviciile furnizate de unitățile publice și serviciile subcontractate cu furnizori privați; • coordonarea activităților de unităților mobile, recrutare și retenția femeilor; • procesul de revizuire între colegi și schimbul de informații • revizuirile proceselor și sistemelor din cadrul PNSCS; • discutarea și soluționarea reclamațiilor; • revizuirea feedback-ului din activitățile de monitorizare internă și externă, asigurarea calității și audit; • comunicarea modificărilor de politici, protocoale sau proceduri • discutarea feedback-ului beneficiarelor; • asigurarea existenței și funcționării mecanismelor de siguranță.
	<p>6.1.9 Reuniunile echipei multidisciplinare de conducere:</p> <ul style="list-style-type: none"> • trebuie ținute periodic (cel puțin o dată la trei luni); • trebuie să aibă întocmite minute, inclusiv lista celor care au participat; • să solicite membrilor nominalizați să participe la cel puțin 50% din ședințele echipei multidisciplinare de conducere - membrii echipei trebuie să desemneze un delegat care să participe în numele lor atunci când ei nu pot participa; • poate fi prin teleconferință, dacă este cazul.
	<p>6.1.10 La ședințele echipei multidisciplinare de conducere la nivel regional trebuie să participe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Managerul regional

	<ul style="list-style-type: none"> • Directorul/coordonatorul medical/clinic • Managerul de date • clinicienii coordonatori (de exemplu, radiologul coordonator, histopatologul coordonator, chirurgul coordonator etc.) • coordonatorul de personal (responsabil pentru recrutarea și retenția femeilor în program) • coordonatorul pentru controlul calității • cel puțin un reprezentant furnizorului privat subcontractat evaluat (evaluarea furnizorilor privați subcontractați se face la șase luni) • alții care lucrează în program, după caz.
<p>Criteriaul 6.2: Unitățile medicale furnizoare de servicii respectă standardele de calitate ale programului</p>	<p>6.2.1 Mangerul regional se asigură că toate unitățile în care se furnizează servicii de screening și de evaluare funcționează într-un spațiu care este clar identificabil ca un serviciu PNSCS, cu timp, personal și resurse dedicate (dar nu neapărat exclusiv).</p>
<p>Criteriaul 6.3: Unitățile furnizoare de servicii implementează sistemele de asigurare a calității</p>	<p>6.3.1 PNSCS are un sistem documentat de management al calității și riscurilor care:</p> <ul style="list-style-type: none"> • reflectă principiile de îmbunătățire continuă a calității; • identifică în mod clar toate procesele de îmbunătățire a calității care vor fi întreprinse, când vor fi întreprinse și responsabilitățile pe care le are personalul în acest sens; • include un plan de audit intern; • evaluează periodic toate practicile pentru a se asigura că sunt menținute standardele naționale și îndeplinite de personal; • asigură colectarea, analiza și evaluarea informațiilor privind îmbunătățirea calității și comunicarea rezultatelor către furnizori și (după caz) către consumatori, ca parte a procesului de îmbunătățire a calității; • asigură existența unui proces care informează managementul programului și UATMN despre activitățile și îmbunătățirile continue ale sistemului de asigurare a calității; • asigură existența unui proces de notificare a UATMN cu privire la orice aspecte legate de un risc semnificativ; • asigură dezvoltarea și punerea în aplicare a unui plan de acțiune corectivă a zonelor care necesită îmbunătățiri pentru a răspunde unui standard sau unei cerințe specificate; • asigură existența unui format standardizat sau aprobat de UATMN pentru sondajele și chestionarele de satisfacție, înainte de utilizare; • este revizuit de către conducerea PNSCS la intervale

	<p>regulate pentru a asigura conformitatea;</p> <ul style="list-style-type: none"> • asigură disponibilitatea documentelor scrise privind asigurarea calității pentru audituri și vizite la fața locului; • asigură diseminarea informațiilor și experienței obținute din procesele de îmbunătățire continuă a calității în cadrul grupului de furnizori și, după caz, prin intermediul managerului regional și al coordonatorului medical/clinic la grupurile de specialiști și altor furnizori.
	<p>6.3.2 Managerul regional asigură existența unei politici documentate pentru identificarea, administrarea și soluționarea reclamațiilor și se asigură că:</p> <ul style="list-style-type: none"> • toate reclamațiile sunt gestionate în conformitate cu politica locală a centrului și a intervalelor de timp specificate; • beneficiarele serviciilor din cadrul PNSCS sunt conștiente de dreptul de a face plângeri și de procedura pentru a depune plângere la centrul unde a fost furnizat serviciul și/sau la UATMR (sau national?) și/sau grupuri de advocacy independente; • reclamațiile sunt soluționate la cel mai scăzut nivel posibil; • procesul de gestionare a reclamațiilor respectă cerințele legislative și contractuale; • toate reclamațiile, comentariile și sugestiile relevante sunt înregistrate într-un jurnal, fișier sau bază de date special pentru această destinație; • reclamația este soluționată în conformitate cu reglementările legale în vigoare; • cerințele Legii privind drepturile pacienților și Legii sănătății sunt respectate și susținute de protocoale scrise care fac mențiuni specifice privind solicitările femeii de acces la înregistrările clinice, ca parte a investigației; • este nominalizat personalul specific responsabil pentru asigurarea eficacității și eficienței procesului de gestionare a reclamațiilor; • este asigurat anonimul și confidențialitatea pentru fiecare femeie care accesează procesul de depunere de plângere; • procesul de gestionare a reclamațiilor este legat de sistemele de management a calității și riscurilor, pentru a facilita feedback-ul și îmbunătățirile.
	<p>6.3.3 Proiectele de cercetare (inclusiv studiile și trialurile clinice) care implică participante la screeningul pentru cancerul de sân și/sau datele lor sunt gestionate în conformitate cu</p>

	<p>principiile de etică privind cercetarea și legislația actuală și trebuie să aibă:</p> <ul style="list-style-type: none"> • aprobarea comitetului de etică corespunzător • aprobarea de către UATMN.
	<p>6.3.4 Furnizorul pune în aplicare un proces de gestionare a incidentelor care include identificarea, raportarea, investigarea, analiza, acțiunea, feedback-ul și dezvăluirea deschisă a incidentelor și asigură:</p> <ul style="list-style-type: none"> • îngrijirea clinică a unei femei care a fost pusă în pericol inutil este prioritară; • implementarea este la timp și completă; • procesele sunt revizuite pentru a stabili eficacitatea acțiunii corective; • Coordonatorul medical/clinic și managerul regional sunt informați în detaliu; • evenimentele adverse grave sunt raportate UATMN în 48 de ore și în scris și includ: <ul style="list-style-type: none"> - evenimente care compromit calitatea serviciului - nerespectarea nevoilor femeilor - nerespectarea scopului și obiectivului general al programului - evenimente care pot atrage atenția negativă a media; • în cazul în care UATMN stabilește că examinarea efectuată cu un echipament nu este în concordanță cu standardele naționale de calitate și prezintă un risc semnificativ pentru sănătatea publică sau individuală, managerul regional va anunța fiecare femeie care a făcut mamografiile la unitatea respectivă, precum și medicul de familie despre deficiențele care prezintă risc, daunele potențiale rezultate, măsurile corective adecvate și alte informații relevante decise de UATMN. • în cazul în care este stipulată o revizuire a centrului: <ul style="list-style-type: none"> - UATMN va decide echipa responsabilă pentru efectuarea revizuirii împreună cu centrul în cauză; - Revizuirea poate fi efectuată la nivelul centrului vizat sau prin revizuirea imaginilor și/sau a altor material. <p>Printre incidente se includ:</p> <ul style="list-style-type: none"> • calitatea slabă a imaginii mamografice; • eșecul de a trimite rezultatele screeningului în timp util; • angajarea personalului care nu îndeplinește cerințele necesare; • accidente, incidente și evenimente clinice; • reclamații și sugestii; • infecții/boli notabile;

	<ul style="list-style-type: none"> • alte evenimente grave raportabile, așa cum sunt indicate de legislație, regulament, standarde de practică profesională și contracte.
Criteriul 6.4: Furnizorul se asigură că toate centrele de screening și centrele de evaluare au politici, protocoale și proceduri actualizate	6.4.1 Centrele mențin politici, proceduri, linii directoare, sisteme sau planuri scrise care asigură respectarea standardelor naționale ale PNSCS și a tuturor standardelor relevante care trebuie respectate (nivelul radiațiilor, controlul infecțiilor etc.)
	6.4.2 Centrele actualizează sau formulează proceduri și procese ori de câte ori consideră că acest lucru este necesar pentru a asigura siguranța și/sau calitatea serviciilor furnizate.
	6.4.3 Centrele asigură existența de copii ale standardelor naționale și a altor documente relevante din cadrul PNSCS.
	6.4.4 Funcționarea zilnică a centrelor din cadrul PNSCS respectă principiile și detaliile legislației și standardelor relevante
Criteriul 6.5: Furnizorul asigură că utilizarea de echipamente de diagnostic și de screening de înaltă calitate	6.5.1 Programul regional are la dispoziție echipamente de diagnostic pentru a efectua: <ul style="list-style-type: none"> • o investigație mamografică completă • examinări ecografice mamare • biopsie percutană cu ac.
	6.5.2 Unitățile medicale care au în dotare echipamente cu raze X, îndeplinesc toate cerințele menționate de reglementările naționale în vigoare privind specificațiile tehnice, calificarea resurselor umane și protecția împotriva radiațiilor.
	6.5.3 PNSCS trebuie să utilizeze mamografie digitală în toate centrele, inclusiv la unitățile mobile, care trebuie să fie acreditate pentru mamografie digitală de către UATMN.
	6.5.4 În situațiile în care se impune compararea cu o mamografie anterioară care este analogă, ea trebuie digitalizată: <ul style="list-style-type: none"> • se folosește o rezoluție minimă de 50 microni, pentru a furniza informații spațiale maxime; • calitatea imaginii digitalizate este verificată folosind modelul de test TG 18-QC, la fel ca în cazul testării imprimantei • datele demografice ale femeii, partea corpului (dreapta sau stânga), incidența (MLO sau CC), numele femeii, data nașterii și dimensiunea imaginii sunt incluse automat în antetul DICOM, pentru a permite identificarea și automatizarea exactă a DDP • filmele anterioare originale și un ecran de vizualizare cu luminanță mai mare de 3000 cd / m², este disponibil și la îndemână
	6.5.5 Toate echipamentele de mamografie digitală utilizate în PNSCS, inclusiv dotările pentru biopsie, trebuie să fie conforme cu DICOM.
	6.5.6 Toate echipamentele de mamografie digitală trebuie să fie

	conforme reglementărilor naționale în vigoare
	6.5.7 Este necesară respectarea standardului DICOM privind transmiterea și stocarea mamografiei (mai degrabă decât cel privitor la radiografia computerizată).
	6.5.8 Toate echipamentele de mamografie digitală trebuie să respecte funcția DICOM de afișare standard a nivelului de gri pentru a se asigura că mamografiile digitale apar similare pe diferite sisteme de vizualizare.
	6.5.9 Toate imaginile utilizate în cadrul PNSCS trebuie să respecte protocoalele implicite de afișare (DDP) care standardizează modul în care sunt afișate și agățate imaginile în PACS (Picture archiving and communication system).
	6.5.10 Managerul regional trebuie să se asigure că sunt în vigoare protocoale pentru a se asigura că imaginile obținute și raportate digital sunt disponibile într-un format accesibil, potrivit scopului urmărit, pentru: <ul style="list-style-type: none"> • chirurghi pentru a le vizualiza în sala de operații; • laboratoarele de histopatologie; • scopuri comparative la alți furnizori de mamografii.
	6.5.11 Toate afișările utilizate clinic trebuie să respecte măsurile relevante pentru controlul calității.
	6.5.12 Ecranele de înregistrare pentru mamografiile de screening în cadrul PNSCS trebuie: <ul style="list-style-type: none"> • să fie de cel puțin 3 megapixeli; • să îndeplinească toate cerințele de control al calității și respecte DICOM 3.4. • să dispună de controlul calității afișajului care respectă procedurile de control al calității, elementele 6.6.5 și 6.6.8 și anexele J, L, M, N și O; • să aibă iluminat ambiental minimizat, fără a compromite confortul sau siguranța clientului; • să fie capabil de ≥ 300 cd / m² de luminanță (afișaje existente) sau ≥ 450 cd / m² de luminanță (afișaje noi) • să respecte DICOM 3.4 pentru răspunsul la luminanță.
	6.5.13 O stație de lucru/loc de citire trebuie să aibă două ecrane de afișaj de înaltă specificație, înaltă rezoluție, montate adiacent între ele, în orientare verticală și trebuie: <ul style="list-style-type: none"> • să aibă o calitate minimă de 5 megapixeli (2500 x 2000 pixeli) • să fie utilizat cu iluminare ambientală scăzută (<40 lux) • să fie calibrate la funcția DICOM de afișare standard în scară de gri, partea 14, inclusiv display pentru afișarea controlului de calitate (tehnician radiolog) și display pentru afișarea imaginii pentru citire (radiolog) • să fie capabil de ≥ 300 cd / m² de luminanță (afișaje existente) sau ≥ 450 cd / m² de luminanță (afișaje noi).

	<p>6.5.14 Sunt necesari cel puțin parametrii prestabiliti pentru vizualizarea tuturor mamografiilor digitale, cu ferestre și niveluri de maximizare pentru detectarea atât a calcificărilor cât și a asimetriilor cu densitate mică. Radiologul cititor poate folosi manual instrumente suplimentare pentru rezolvarea problemelor din timpul citirii, inclusiv:</p> <ul style="list-style-type: none"> • răsturnare • lățimea/nivelul ferestrei • zoom • mărire și baleiaj • îngroșarea marginilor • regiune de interes (ROI) • măsurare • statistici. <p>6.5.15 Managerul regional se asigură că toate laboratoarele implicate în program sunt acreditate IANZ pentru histopatologie.</p>											
<p>Criteriaul 6.6: Furnizorul respectă protocoalele de asigurare a calității pentru mamografe și celelalte echipamente utilizate</p>	<p>6.6.1 Managerul regional se asigură că programul RANZCR de asigurare a calității mamografiei (MQA) sunt respectate.</p>											
	<p>6.6.2 Managerul regional se asigură că:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comitetul MQA, în asociere cu o persoană desemnată din fiecare centru de screening, asigură existența unui proces complex de îmbunătățire a calității; • dețin sau au acces la echipamente de testare adecvate. 											
	<p>6.6.3 Fiecare centru de screening trebuie să înțeleagă faptul că aceste standarde pentru mamografia digitală sunt standarde minime. La nivelul centrelor pot fi făcute adăugiri suplimentare, în funcție de specificațiile producătorului de echipamente. Colaborarea dintre tehnicienii radiologi, medicii radiologi și fizicieni va asigura un program de control al calității adecvat.</p>											
	<p>6.6.4 Trebuie asigurată documentarea tuturor testelor folosind formulare standardizate și un protocolul corespunzător</p>											
	<p>6.6.5 Tehnicianul radiolog responsabil pentru controlul calității supraveghează efectuarea zilnică/săptămânală a următoarelor teste de control al calității mamografiei digitale</p> <table border="1" data-bbox="646 1591 1500 1896"> <thead> <tr> <th data-bbox="646 1591 932 1703">Denumire test</th> <th data-bbox="932 1591 1216 1703">Mamografie digitală câmp integral (FFDM)</th> <th data-bbox="1216 1591 1500 1703">Frecvență minimă</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="646 1703 932 1778">Condiții de vizualizare</td> <td data-bbox="932 1703 1216 1778">Toate</td> <td data-bbox="1216 1703 1500 1778">Zilnic</td> </tr> <tr> <td data-bbox="646 1778 932 1814">Curățarea display</td> <td data-bbox="932 1778 1216 1814">Toate</td> <td data-bbox="1216 1778 1500 1814">Zilnic</td> </tr> <tr> <td data-bbox="646 1814 932 1896">Test de constanță AEC (Automatic</td> <td data-bbox="932 1814 1216 1896">Toate</td> <td data-bbox="1216 1814 1500 1896">Zilnic</td> </tr> </tbody> </table>	Denumire test	Mamografie digitală câmp integral (FFDM)	Frecvență minimă	Condiții de vizualizare	Toate	Zilnic	Curățarea display	Toate	Zilnic	Test de constanță AEC (Automatic	Toate
Denumire test	Mamografie digitală câmp integral (FFDM)	Frecvență minimă										
Condiții de vizualizare	Toate	Zilnic										
Curățarea display	Toate	Zilnic										
Test de constanță AEC (Automatic	Toate	Zilnic										

	exposure control)		
	Test de sensitometrie a imprimantei laser (dacă este cazul)	Toate copiile hard	Săptămânal
	Calitatea imaginii fantomă(SDNR - Signal difference to noise ratio și evaluarea artefactului)	Toate	Săptămânal
	Verificarea displayului din stația de lucru	Toate	Săptămânal
	Display înregistrare imagine	Toate	Săptămânal
	Curățenia casetei de vizibilitate (dacă este cazul)	Toate copiile hard	Săptămânal
	Funcție de transfer de modular	Toate componentele cu piese mobile în lanțul de realizare al imaginii	Lunar
	Inspecție mecanică	Toate	Lunar
	Digitalizator de film	Toate	Lunar
	Artefacte datorate imprimantei laser	Toate copiile hard	Lunar
	Repetarea analizei	Toate	Trimestrial
	Imprimantă laser - model TG18	Toate copiile hard	Trimestrial
	Forța de compresie	Toate	O dată la șase luni
	6.6.6 Tehnicianul radiolog trebuie să efectueze testul fantomă de evaluare a calității imaginii și orice alte teste recomandate de producătorul echipamentului odată ce unitatea mobilă se află într-o locație nouă.		
	6.6.7 Se efectuează testele de asigurare a calității examinărilor ecografice.		
	6.6.8 Fizicianul medical asigură efectuarea următoarelor teste:		
	Denumire test	Mamografie digitală câmp integral (FFDM)	Frecvență minimă
	Evaluarea asamblării unității	Toate	La șase luni și anual

	mamografice		
	Evaluare artefactelor	Toate	Anual
	Evaluarea imaginii fantomă	Toate	Anual, după înlocuirea detectorului
	Expunerea sânului la radiații și doza medie glandulară	Toate	La șase luni și anual
	Țesut omis de la nivelul peretelui toracic	Toate	La șase luni, înlocuirea detectorului
	Măsurarea rezoluției spațiale	Toate	La șase luni și anual
	Evaluarea colimării	Toate	Anual
	Evaluarea calității fasciculului - HVL	Toate	Anual
	Evaluarea AEC - Automatic exposure control (SDNR - Signal difference to noise ratio)	Toate	La șase luni și anual
	Zgomot și liniaritate	Toate	Anual
	Linearitatea spațială și denaturarea geometrică a detectorului	Toate	Anual
	Rezoluția displayului	Toate copiile electronice	Anual
	Răspuns luminanță display și condiții de vizualizare	Toate copiile electronice	Anual
	Răspuns luminanță casetă (dacă este cazul) și condiții de vizualizare	Toate copiile hard	Anual
	Evaluarea imprimantei laser	Toate copiile hard	Anual
	Evaluarea calității imaginii	Toate	La șase luni și anual
	Omogenitate a imaginii	Toate	Anual
6.6.9 Testele de fizică medicală sunt efectuate în termen de 20 de			

	<p>zile lucrătoare de la data scadenței.</p> <p>6.6.10 Fizicienii medicali trimit copii ale rapoartelor către tehnicianul radiolog relevant, tehnicianul radiolog responsabil cu controlul calității și coordonatorului național al fizicienilor medicali, în cadrul a 20 de zile lucrătoare de la efectuarea auditului de fizică medicală.</p> <p>6.6.11 Dacă orice test de control al calității are rezultate necorespunzătoare, trebuie identificată problema care a dus la această situație și trebuie luate măsuri de corectare. Corectarea situațiilor care au determinat rezultatele necorespunzătoare trebuie remediate în termen de 30 de zile de la data efectuării testului.</p> <p>6.6.12 În cazul în care echipamentul nu asigură calitatea imaginii sau rezultate corespunzătoare ale testelor glandulare medii, echipamentul se retrage din utilizare.</p>
<p>Criteriaul 6.7: Unitățile medicale introduc noile tehnologii într-un mod planificat și sigur</p>	<p>6.7.1 Managerul regional se asigură că:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Toate noile tehnologii luate în considerare în cadrul programului regional sunt propuse UATMN pentru examinare de către comitetul relevant al Ministerului Sănătății. • introducerea de proceduri intervenționale este strict controlată și întreprinsă după o perioadă corespunzătoare de pregătire și elaborarea și implementarea politicilor și protocoalelor adecvate, se asigură monitorizarea și evaluarea noilor tehnologii și rezultatele sunt raportate UATMN.
<p>Standarul 7 managementul informației – Sistemele și procesele de management a datelor și informațiilor asigură utilizarea sigură și eficientă a datelor cu scopul de a asigura îmbunătățirea strategiilor, a managementului clinic și al serviciilor</p>	
<p>Criteriaul 7.1: Furnizorul asigură colectarea și raportarea de date de calitate înaltă</p>	<p>7.1.1 Managerul regional asigură respectarea Metodologiei pentru analiza la nivel național a datelor cu privire la:</p> <ul style="list-style-type: none"> • colectarea tuturor datelor necesare; • definițiile și metodele utilizate pentru calcularea indicatorilor PNSCS <p>7.1.2 Managerul regional se asigură că sunt colectate și analizate datele suficiente pentru:</p> <ul style="list-style-type: none"> • monitorizarea la nivel regional și național a PNSCS; • evaluarea eficacității și eficienței PNSCS; • sprijinirea deciziilor care asigură un management performant al PNSCS; • invitarea, managementul și urmărirea femeilor pe tot parcursul traseului de screening; • a permite îmbunătățirea continuă a performanței PNSCS; • a asigura premisele viitoarelor decizii privitoare la

	<p>politicile din cadrul PNSCS și conitnuării dezvoltării lui.</p> <p>7.1.3 Există și sunt implementate proceduri scrise pentru asigurarea calității gestionării datelor la toate nivelele din traseul de screening pentru a asigura:</p> <ul style="list-style-type: none"> • captarea completă, oportună și precisă a datelor; • verificările necesare identificării erorilor care pot apărea în timpul introducerii datelor; • validarea datelor în conformitate cu prevederile Metodologiei pentru analiza la nivel național a datelor; • înțelegerea și respectarea definițiilor și regulilor de editare; • investigarea și rectificarea inconsecvențelor. <p>7.1.4 Managerul regional asigură existența de protocoale care descriu clar responsabilitățile personalului pentru introducerea datelor și asigură:</p> <ul style="list-style-type: none"> • identificarea clară a persoanei responsabile pentru introducerea informațiilor; • interdicția ca personalul non-clinic să interpreteze date clinice individuale; • interdicția de a introduce date clinice într-un registru clinic fără implicarea unui clinician, care își asumă responsabilitatea legală pentru această includere; modificările „automate” ale sistemelor informatice nu sunt acceptabile pentru utilizatorii clinici. <p>7.1.5 Personalul implicat în introducerea datelor are timp adecvat pentru utilizarea corectă a sistemului, întreruperile sunt reduse la minimum și mediul de lucru este propice pentru introducerea detaliată a datelor.</p> <p>7.1.6 O persoană desemnată este responsabilă pentru managementul general al sistemului informațional, securitatea, integritatea și disponibilitatea datelor, în conformitate cu prevederile Metodologiei pentru analiza la nivel național a datelor.</p> <p>7.1.7 Toate cererile externe de date agregate sunt transmise Managerului PNSCS și coordonatorului medical/clinic din cadrul UATMN.</p> <p>7.1.8 Toți furnizorii de servicii din cadrul PNSCS utilizează platforma informatică integrată și informează informaticianul responsabil din cadrul UATMR dacă caracteristicile tehnice ale echipamentului informatic pe care îl utilizează nu îndeplinesc cerințele de gestionare a datelor din cadrul PNSCS.</p>
<p>Criteriaul 7.2: Furnizorul se asigură că înregistrările clinice (care includ toate înregistrările</p>	<p>7.2.1 Toate documentații relevante referitoare la fișa de sănătatea a sânilor a unei femei din cadrul PNSCS sunt integrate și actualizate. Acestea includ documentația și datele de tratament multidisciplinar, după caz, disponibile și</p>

pe hârtie și electronice, inclusiv imagini, diapozitive și rapoarte, în toate etapele procesului de screening) sunt gestionate corect	complete.
	7.2.2 Codul numeric personal este utilizat ca identificator unic în toate înregistrările din cadrul PNSCS.
	7.2.3 Femeile își autoidentifică apartenența etnică, în conformitatea cu reglementările privind antidiscriminarea .
	7.2.4 Există politici, proceduri și protocoale scrise pentru a asigura înregistrările privind beneficiarele: <ul style="list-style-type: none"> • au un autor identificat și o semnătură; • sunt datate; • sunt lizibile; • sunt scrise cu cerneală albastră sau neagră, produse în format electronic sau în alte suporturi acceptabile; • folosesc abrevieri commune; • nu sunt șterse sau ilizibile datorită unui lichid/bandă de corecție.
	7.2.5 Există sisteme pentru urmărirea, identificarea și recuperarea electronică și/sau manuală documentelor clinice atunci când sunt eliminate din zona principală de gestionare a înregistrărilor, asigurându-se accesibilitatea ușoară la aceste înregistrări.
	7.2.6 Există procese de siguranță pentru a se asigura că toate procesele și etapele de screening sunt finalizate și au fost gestionate în mod corespunzător.
	7.2.7 Este implementat un proces scris pentru a se asigura că înregistrările clinice sunt complete și au fost întreprinse toate acțiunile adecvate înainte de a finaliza sau arhiva un caz.
	7.2.8 Managerul regional se asigură că înregistrările clinice ale femeilor care au fost testate în luna precedentă sunt auditate în fiecare centru de screening și centru de evaluare și: <ul style="list-style-type: none"> • sunt îndeplinite toate standardele; • sunt rezolvate variațiile/tendențele sesizate în înregistrării; • înregistrările sunt obiective și factuale.
Criteriul 7.3: Furnizorul se asigură că imaginile digitale sunt bine gestionate	7.3.1 Traserurile de imaginile între servicii se fac doar de informaticianul responsabil din cadrul UATMR.
	7.3.2 Există un protocol de siguranță pentru a asigura recuperarea în timp util a oricărei imagini pierdute după înregistrare.
	7.3.3 Rapoarte periodice de integritate a datelor sunt executate și verificate de administratorul PACS (Picture archiving and communication system). Sunt identificate erorile de sistem și sunt luate prompt acțiuni corective.
	7.3.4 Sunt implementate sisteme de back-up și de rezervă pentru protejarea integrității transferului și stocării informațiilor.
	7.3.5 Compresia de imagini fără pierderi poate fi folosită pentru arhivare primară și pentru etape intermediare, cum ar fi

	transferul prin rețele.
	7.3.6 Imaginile mamografice digitale din cadrul PNSCS nu pot fi comprimate folosind tehnici de compresie a imaginilor cu pierderi.
Criteriul 7.4: Furnizorul asigură colectarea corectă și la timp a informațiilor despre tratamentul femeilor cu cancer de sân	7.4.1 $\geq 90\%$ din datele de stadializare sunt colectate și introduse într-un interval de șase luni de la diagnostic.
	7.4.2 $\geq 90\%$ din datele privitoare la tratament sunt colectate, înregistrate și auditate într-un interval de nouă luni de la diagnostic.
	7.4.3 Colectorul de date privind tratamentul este responsabil pentru colectarea și introducerea datelor privitoare la tratament și de menținerea unei înregistrări pe hârtie pentru acuratețe și exhaustivitate
	7.4.4 Toate datele colectate privitoare la tratament sunt verificate de către un clinician pentru acuratețe clinică.
	7.4.5 Administratorul de date este responsabil pentru ca toate datele privitoare la tratament introduse să fi fost verificate cu privire la acuratețea datelor folosindu-se înregistrarea pe hârtie; eventualele discrepanțe se transmit colectorului de date referitoare la tratament pentru investigare.
Criteriul 7.5: Furnizorul respectă cerințele reglementărilor legale, a standardelor adecvate și a standardelor profesionale și sectoriale relevante	7.5.1 Informațiile și datele personale ale femeilor sunt colectate, stocate, accesate și distruse în conformitate cu reglementările legale privind gestionarea înregistrărilor medicale.
	7.5.2 Termenele de păstrare a informațiilor, inclusiv imaginile anterioare, sunt reglementate de Ministrul sănătății.
	7.5.3 Păstrarea lamelor și eșantioanelor prelevate pentru examinările histopatologice și imunohistochimice respectă reglementările legale referitoare la aceste produse.
	7.5.4 Informațiile și datele personale ale femeilor sunt gestionate cu respectarea reglementărilor referitoare la aceste aspecte.
Criteriul 7.6: Furnizorul respectă informațiile despre sănătate ale fiecărei femei	7.6.1 Există protocoale scrise pentru a asigura confidențialitatea informațiilor clinice ale fiecărei femei.
	7.6.2 Accesul la înregistrările clinice (fie în utilizare, fie în arhivă) este limitat la cei cu autorizare în acest sens.
	7.6.3 Datele și programele software din cadrul PNSCS dispun de sisteme de securitate utilizării nelegitime și a distrugerii neintenționate. Aceste protocoale de acces necesită atât măsuri de securitate a datelor, cât și de securitate a sistemului: <ul style="list-style-type: none"> • La actualizarea înregistrărilor nu trebuie să fie posibilă modificarea sau ștergerea înregistrărilor anterioare fără menținerea unui traseu de audit. • Toate actualizările de informații din baza de date trebuie să aibă un traseu de audit care identifică modificarea, autorul și data. • În cazul în care înregistrarea trebuie să fie utilizată de un

	<p>număr mare de profesioniști din domeniul sănătății în scopuri diferite, trebuie să fie posibilă reținerea anumitor informații din vizualizarea generală.</p>
	7.6.4 Transferul de date trebuie să fie cât mai sigur posibil, iar referințele la date externe trebuie păstrate la transmitere.
	7.6.5 Copia electronică de rezervă a informațiilor care este întreținută UATMN este sigură, protejată de pierderi, corupție, modificări necorespunzătoare sau calcule incorecte.
	7.6.6 Înregistrările clinice păstrate / arhivate sunt păstrate în siguranță într-o ordine și stare adecvată.
Standardul 8 Cerințe profesionale – Furnizarea de servicii de screening de calitate implică funcționarea unei echipe multidisciplinare de experți	
Criteriul 8.1: Echipa multidisciplinară trebuie să includă toți specialiștii cheie implicați în procesul de diagnostic și tratament al unui caz de cancer de sân	8.1.1 Managerul regional trebuie să se asigure că toate persoanele din centrele medicale și furnizorii de servicii de suport au acces la o listă actualizată a tuturor unităților și persoanelor care furnizează servicii în cadrul programului regiunii lor.
	8.1.2 Managerul regional poate propune spre aprobare UATMN servicii suplimentare față de cele incluse în standardul de calitate al PNSCS pentru a răspunde nevoilor specifice ale femeilor care primesc serviciile lor.
	8.1.3 Toate cerințele profesionale enumerate în standardul 8 sunt incluse în fișele de post și sunt supuse evaluării din perspectiva performanței.
	8.1.4 Managerul regional se asigură de participarea membrilor relevanți la întâlnirile echipelor multidisciplinare și a echipelor de specialiști.
	8.1.5 Toți radiologii, chirurgii, histopatologii, tehnicienii radiologi și fizicienii ce practică în cadrul PNSCS trebuie să fie acreditați în program pentru a se asigura că îndeplinesc cerințele programului
	8.1.6 Managerul regional se asigură că întregul personal de prim contact cu femeile (de exemplu, operatori, registratori, personalul de primire etc.) sunt instruiți în cadrul programului pentru: <ul style="list-style-type: none"> • A avea abordare centrată pe femei; • A furniza furnizați informații corecte și clare; • A înțelege criteriile de eligibilitate pentru program; • A îndeplini cerințele de respectare a intimității și confidențialității; • A ști când și unde să se trimită fiecare femeie; • A avea abilități de comunicare și ascultare adecvate; • A răspunde eficient la situații dificile; • A aborda cu prima ocazie experiențele nesatisfăcătoare raportate de femei;

	<ul style="list-style-type: none"> • A-și recunoaște limitele cunoștințelor.
<p>Criteriaul 8.2: Fiecare regiune are desemnat un director clinic/coordonator medical</p>	<p>8.2.1 Directorul clinic este responsabil pentru performanța clinică generală a PNSCS din regiune în detectarea și diagnosticarea cancerului de sân în regiunea respectivă, inclusiv a serviciilor medicale subcontractate în sectorul privat. În îndeplinirea rolurilor lor, directorul clinic și managerul regional sunt responsabili de implementarea PNSCS în regiunea lor.</p>
	<p>8.2.2 Directorul clinic este medic cu drept de practică și furnizează servicii medicale în cadrul programului.</p>
	<p>8.2.3 Screeningul mamografic pentru cancerul de sân este o procedură radiologică și din acest motiv, ar trebui să fie specialist în radiologie.</p>
	<p>8.2.4 Directorul clinic poate să îndeplinească și funcția de radiolog principal.</p>
	<p>8.2.5 Responsabilitățile directorului clinic includ:</p> <ul style="list-style-type: none"> • implementarea unui serviciu de mamografie și evaluare de înaltă calitate, sub rezerva existenței resurselor adecvate; • conducerea directă a echipei clinice în toată regiunea (inclusiv subcontractanții din sectorul privat); • asigurarea ca întregul personal din de screening să aibă o pregătire clinică adecvată și să beneficieze de actualizări periodice, sub rezerva existenței finanțării/resurselor adecvate; • supravegherea monitorizării performanței clinice împreună cu medicii coordonatori de centre; • asigurarea existenței unor mecanisme de siguranță ce asigură rechemarea femeilor cu anomalii radiologice la mamografia inițială de screening să fie rechemate pentru evaluare suplimentară; • asigurarea prin intermediul unui proces continuu de îmbunătățire a calității a implementării, monitorizării și evaluării îndeplinirii standardelor naționale în serviciile tehnice, radiologice și clinice, sub rezerva disponibilității resurselor adecvate; • responsabilitatea generală pentru acuratețea auditurilor interne de date; • revizuirea continuă a datelor privind performanța programului, cu o atenție deosebită acordată detectării cancerului și revizuirii cancerelor de interval; • asigurarea corectitudinii din punct de vedere clinic a materialelor de informare/educare și publicitate prin feedback către UATMN; • implicarea activă în centrele de evaluare; • participarea regulată la întâlnirile coordonatorilor de centre.

	<p>8.2.6 Directorul clinic este responsabil pentru performanța clinică a angajaților cu responsabilități clinice din regiune, ce includ:</p> <ul style="list-style-type: none"> • medicii radiologi, histopatologi și chirurghi; • tehnicianul radiolog coordonator regional (și prin intermediul acestuia, toți tehnicienii radiologi din PNSCS); • alte poziții cu o componentă clinică pentru activitatea lor, de exemplu, fizician medical, asistent medical, manager de date etc. <p>8.2.7 Directorul clinic trebuie să viziteze fiecare centru de screening subcontractat și fiecare centru de evaluare cel puțin anual și să fie în legătura cu echipa clinică multidisciplinară.</p> <p>8.2.8 Directorul clinic trebuie să prezinte UATMN un raport anual care să prezinte numărul întâlnirilor pentru revizuirea imaginilor la care a participat fiecare radiolog, indiferent dacă lucrează centre din unități publice sau în centre subcontractate din sectorul privat.</p> <p>8.2.9 Directorii clinici trebuie să furnizeze documente care certifică participarea lor la întâlniri naționale și/sau internaționale cu o componentă de screening mamar. Documentele trebuie să certifice faptul că au participat la componente de screening pentru cancerul de sân care însumează cel puțin 10 ore educaționale în ultimii trei ani.</p> <p>8.2.10 Educația profesională continuă trebuie să includă toate cerințele specialității respective din cadrul programului. Directorul clinic va participa activ la activități regionale și naționale de asigurare a calității (de exemplu, revizuirea cancerului de interval).</p>
<p>Criteriaul 8.3: Fiecare centru medical are un administrator șef</p>	<p>8.3.1 Managerul regional asigură administrarea operațională eficientă, conducerea, planificarea și coordonarea implementării PNSCS în regiune. În îndeplinirea rolurilor respective, el are o responsabilitate comună cu directorul clinic pentru funcționarea eficientă și eficace a PNSCS în regiune.</p> <p>8.3.2 Principalele domenii de responsabilitate ale managerului regional includ:</p> <ul style="list-style-type: none"> • pledoarie pentru resurse adecvate disponibile în cadrul alocărilor de finanțare pentru a răspunde cerințelor impuse de standarde; • asigurarea utilizării eficiente a resurselor disponibile; • asigurarea implementării, monitorizării și evaluării tuturor aspectelor non-clinice ale standardelor; • asigurarea dezvoltării, implementării, monitorizării și evaluării planului organizațional de calitate, inclusiv supravegherea activităților interne de îmbunătățire a calității și asigurarea acțiunilor corective în cazul în care

	<p>standardele nu sunt îndeplinite;</p> <ul style="list-style-type: none"> • supravegherea recrutării, educației, formării, dezvoltării profesionale și calității continue a personalului implicat în program, în parteneriat cu directorul clinic; • asigurarea implementării recomandărilor din raportul grupului independent de monitoriza al PNSCS; • facilitarea unei relații strânse de lucru între membrii grupului multidisciplinar; • asigurarea implementării politicilor și procedurilor adecvate pentru a răspunde cerințelor din standarde și din Manualul de gestionare a datelor; • distribuirea tuturor documentele naționale modificate; • comunicarea și legătura regulată cu directorul clinic pentru a asigura succesul programului; • participare regulată la întâlnirea grupului de manageri ai programului.
	<p>8.3.3 Managerul regional este responsabil pentru performanța întregului personal non-clinic, inclusiv a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Managerului de date; • personalului de primire; • personalului administrativ; • personalului responsabil cu resursele umane; • coordonatorul calității.
	<p>8.3.4 Managerul regional vizitează anual fiecare centru de screening și centru de evaluare din regiune. Vizita poate fi organizată în așa fel încât să coincidă cu o întâlnire a echipei multidisciplinare de coordonare a centrului respectiv.</p>
	<p>8.3.5 Managerul regional trebuie să aibă abilități manageriale anterioare și experiență adecvată pentru funcție. Preferabil ar trebui să aibă experiență în organizare de activități în domeniul de sănătate.</p>
	<p>8.3.6 Educația profesională continuă trebuie să includă instruire specifică în domeniul serviciilor de sănătate (de exemplu, pregătire în Sănătate Publică, cursuri / conferințe în domeniul programelor de screening pentru cancerul de sân), pe lângă pregătirea în management, cursuri multidisciplinare și sprijin pentru vizite și interacțiuni cu manageri implicați în programe naționale de screening pentru cancerul de sân din România și pe plan internațional.</p>
	<p>8.3.7 Experitiza profesională a managerului regional trebuie să includă:</p> <ul style="list-style-type: none"> • o înțelegere a filozofiei și a operațiunilor din cadrul unui program de screening pentru cancerul de sân; • abilități bune de conducere; • abilități de planificare a furnizării de servicii; • abilități de respectare a bugetelor și alocărilor financiare;

	<ul style="list-style-type: none"> • o înțelegere a colaborării cu comunitatea; • abilități de relaționare cu oamenii, menținerea unei echipe relaționarea cu alte profesii.
	<p>8.3.8 Managerul regional se asigură că există în cadrul programului procese pentru a se asigura că în timpul absenței temporare a managerului regional există resurse, expertiză sau echipamente adecvate pentru a satisface volumele / activitățile normale.</p>
	<p>8.3.9 Orientarea/procesul de inducție a managerului regional asigură expunerea la aspectele relevante ale programului și poate include:</p> <ul style="list-style-type: none"> • vizitarea altor regiuni în care este implementat PNSCS; • vizitarea centrelor localizate în unități publice și centre ale subcontractorilor din sectorul privat; • legătura cu alți manageri regionali din cadrul PNSCS; • participarea la ședințele periodice de management a PNSCS.
<p>Criteriaul 8.4: Fiecare program regional are un medic radiolog coordonator</p>	<p>8.4.1 Radiologul coordonator este responsabil de calitatea imaginilor, de rapoartele produse sub coordonarea sa, de performanța clinică a radiologilor acreditați în PNSCS și de performanța imagistică generală a programului în regiune.</p>
	<p>8.4.2 Radiologul coordonator este responsabil pentru funcționarea programelor de asigurare a calității imaginilor mamografice și imaginilor mamografice asociate (MQA) în toate centrele acreditate în PNSCS și, prin urmare, trebuie să aibă legături eficiente cu radiologii desemnați cu responsabilitatea asigurării calității mamografiilor (MQA) din centrele respective.</p>
	<p>8.4.3 Radiologul coordonator poate îndeplini și rolul de director clinic.</p>
	<p>8.4.4 Responsabilitățile specifice ale radiologului principal includ:</p> <ul style="list-style-type: none"> • selectarea unui fizician medical (sau a mai multor fizicieni) care va administra programul MQA, va efectua testele de control al calității efectuate de fizicieni și va supraveghea activitatea tehnicienilor radiologi responsabili pentru controlul al calității; • asigurarea implementării, monitorizării și evaluării standardelor relevante pentru imagistica • asigurarea performanței satisfăcătoare a tuturor echipamentelor de imagistică; • asigurarea informării medicilor de familie în privința rezultatelor screeningului la femeile de pe listele lor; • revizuirea datelor de performanță ale radiologilor din fiecare centru și pentru fiecare radiolog, conform standardelor - datele personale sunt confidențiale, fiind accesibile radiologului în cauză, radiologului

	<p>coordinator și directorului clinic.</p> <ul style="list-style-type: none"> • implicarea activă ca radiolog de screening și evaluare în cadrul programului • asigurarea instruirii adecvate și a actualizărilor periodice pentru toți radiologii activi în PNSCS. <p>8.4.5 Radiologul coordonator, tehnicianul radiolog și fizicianul medical sunt responsabili de coordonarea reuniunilor MQA obișnuite (de exemplu, o dată la șase luni) din regiune. Aceste întâlniri au scopul de a asigura că există un MQA specific în fiecare centru, că ele sunt revizuite și că sunt în vigoare mecanisme de siguranță care funcționează de rutină. Aceste întâlniri trebuie să implice fizicianul medical, fie prin prezență la întâlnire, prin teleconferință fie implicarea lui în faza de planificare.</p> <p>8.4.6 Radiologul coordonator este responsabil pentru coordonarea întâlnirii periodice a radiologilor din cadrul programului regional al PNSCS (cel puțin o dată la șase luni). Aceste întâlniri au scopul de a se asigura efectuarea monitorizării activităților și a datelor, de a evalua la nivel regional cancerul de interval și de a asigura existența unor mecanisme de siguranță care funcționează în mod regulat.</p> <p>8.4.7 Radiologul principal trebuie să viziteze cel puțin anual fiecare centru de evaluare pentru a coordona o întâlnire a echipei multidisciplinare clinice.</p>
<p>Criteriaul 8.5: În fiecare centru medical este desemnat un radiolog responsabil pentru asigurarea MQA</p>	<p>8.5.1 Responsabilitățile specifice ale radiologului desemnat responsabil MQA includ, dar nu se limitează la:</p> <ul style="list-style-type: none"> • asigurarea existenței unui program MQA eficient pentru toate mamografiile efectuate în centru; • selectarea, în consultare cu tehnicianul radiolog coordonator a unui singur tehnician radiolog care să fie tehnicianul radiolog responsabil pentru controlul calității și care are responsabilitatea pentru asigurarea efectuării testelor de control de calitate la nivelul centrului. <p>8.5.2 Radiologul responsabil MQA revizuieste anual împreună cu fizicianul medical programul MQA pentru centrul respectiv și asigură respectarea CSP-5.</p> <p>8.5.3 Radiologul responsabil MQA poate să aibă și funcția de radiolog coordonator.</p>
<p>Criteriaul 8.6: În fiecare regiune este desemnat un histopatolog coordonator</p>	<p>8.6.1 Histopatologul coordonator asigură coordonarea profesională a tuturor histopatologilor din regiuneacreditați în PNSCS în aspectele de histopatologie ale programului.</p> <p>8.6.2 Responsabilitățile specifice ale histopatologului coordonator includ dar nu se limitează la:</p> <ul style="list-style-type: none"> • facilitarea asigurării unui program eficient de asigurare a calității pentru toți histopatologii din regiune; • facilitarea proceselor prin care histopatologii acreditați au

	<p>o instruire clinică adecvată și beneficiază de actualizări periodice;</p> <ul style="list-style-type: none"> • confirmarea implementării procesele destinate implementării, monitorizării și evaluării standardelor relevante; • confirmarea funcționării proceselor destinate monitorizării acurateței datelor histopatologice; • asigurarea existenței în fiecare laborator a unui histopatolog acreditat în PNSCS desemnat responsabil pentru calitatea muncii în laboratorul respectiv; • monitorizarea și asigurarea furnizării de rapoarte și lame către centrul de evaluare și furnizorii de tratament în perioadele de timp specificate; • participarea cu regularitate la întâlnirile specialiștilor histopatologi.
	8.6.3 Histopatologul coordonator este responsabil pentru monitorizarea performanței clinice auditate a histopatologilor acreditați în PNSCS.
	8.6.4 Histopatologul coordonator facilitează comunicarea regulată și întâlnirea cel puțin o dată pe an a histopatologilor din regiune.
Criteriul 8.7: Fiecare regiune are desemnat un chirurg coordonator	8.7.1 Chirurgul coordonator asigură coordonarea profesională a aspectelor chirurgicale ale programului în regiune.
	<p>8.7.2 Responsabilitățile specifice ale chirurgului coordonator includ dar nu se limitează la:</p> <ul style="list-style-type: none"> • facilitarea unui program eficient de asigurare a calității pentru toate intervențiile chirurgicale (biopsie diagnostică și semnalizare cu fire) efectuate în cadrul programului; • facilitarea, acolo unde este necesar, a implementării și evaluării standardelor relevante; • facilitarea transmiterii datelor privitoare la tratamentul chirurgical prin utilizarea de formulare / raportări sinoptice; • încurajarea chirurgilor acreditați în PNSCS pentru a accede la oportunități adecvate de instruire clinică și actualizări periodice; • implicarea activă în dezvoltarea procesului de evaluare din regiunea și asumarea unui rol operațional în cadrul lor; • participarea cu regularitate la întâlnirile profesionale ale specialiștilor chirurghi.
	8.7.3 Chirurgul coordonator este responsabil pentru monitorizarea performanței clinice auditate chirurgilor acreditați în PNSCS.
	8.7.4 Chirurgul coordonator facilitează coordonarea comunicării regulate cu toți chirurghi acreditați în regiune. Scopul urmărit este cel de a asigura monitorizarea activităților și a datelor și

	<p>existența proceselor de asigurare a calității care funcționează în mod regulat.</p>
<p>Criteriaul 8.8: În fiecare regiune este desemnat un manager de date</p>	<p>8.8.1 Managerul de date este responsabil pentru:</p> <ul style="list-style-type: none"> • calitatea și consistența generală a informațiilor înregistrate în bazele de date regionale și pentru asigurarea respectării standardelor PNSCS privitoare la date; • asigurarea transmiterii datelor către baza de date națională de monitorizare, conform calendarului convenit; • utilizarea sistemelor informaționale stabilite de UATMN.
	<p>8.8.2 Pentru a se asigura că activitatea și rezultatele sunt monitorizate cu acuratețe în mod regulat, Managerul de date este în legătură cu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • membrii echipei multidisciplinare; • prestatori de servicii; • alți manageri de date din PNSCS; • UATMN , inclusive participarea la grupurile de utilizatori IT din PNSCS; • actorii cheie implicați.
	<p>8.8.3 Managerii de date participă la procesul de educație profesională continuă în domenii precum:</p> <ul style="list-style-type: none"> • abilități de gestionare a bazelor de date; • asigurarea calității; • analiza datelor; • aspecte ale programelor de screening pentru cancerul de sân (de exemplu, vizite pe teren) • participarea la un curs de management / audit al datelor la fiecare trei ani.
	<p>8.8.4 Este esențial ca managerul de date să demonstreze:</p> <ul style="list-style-type: none"> • experiență de cel puțin doi ani în gestionarea unui sistem informațional „business critical”; • experiență în gestionarea și analiza datelor, inclusiv generarea de rapoarte; • interpretarea datelor raportului; • experiență în gestionarea calității datelor.
	<p>8.8.5 Experiența managerilor de date ar trebui să includă:</p> <ul style="list-style-type: none"> • înțelegerea cerințelor de audit, monitorizare și evaluare; • o înțelegere a responsabilităților de gestionare a datelor (de exemplu, probleme de audit și de calitate pentru înregistrările manuale și computerizate); • monitorizarea și facilitarea întreținerii sistemelor informaționale adecvate și a activităților de menținere a bazelor de date; • cunoștințe adecvate și instruire adecvată în sistemul de

	<p>informații / baza de date care captează și stochează informațiile;</p> <ul style="list-style-type: none"> • cunoașterea temeinică a relațiilor cu alte sisteme informaționale și interfețe; • furnizarea de rapoarte ad-hoc exacte și semnificative pentru directorului clinic și altui personal, atunci când este necesar; • abilități de comunicare scrisă și orală bine dezvoltate; • identificarea zonelor cu probleme și a zonelor posibile de îmbunătățire și implementare a soluțiilor, după autorizarea managerului regional; • relații de lucru bune cu ceilalți angajați și părți interesate pentru a se asigura că obiectivele sunt îndeplinite și datele sunt exacte; • management de proiect; • înțelegerea user acceptance testing (UAT). <p>8.8.6 Managerii noi de date și cei aflați în procesul de instruire trebuie să beneficieze de o supraveghere adecvată până când ating un nivel de competență care îl satisface pe superiorul ierarhic imediat. Personalul nou și personalul în formare trebuie să își limiteze activitățile de gestionare a datelor la domeniile în care au fost considerați competenți de către superiorul lor ierarhic direct.</p> <p>8.8.7 Managerul regional trebuie să asigure existența de planuri de urgență pentru situații de episoade de concediu prelungit, de boală sau de demisie a Managerului de date pentru a asigura continuitatea gestionării și raportării datelor.</p>
<p>Criteriaul 8.9: În fiecare regiune este desemnat un tehnician radiolog coordonator</p>	<p>8.9.1 Tehnicianul radiolog coordonator asigură coordonarea profesională a tehnicienilor radiologi din regiune și este responsabil pentru:</p> <ul style="list-style-type: none"> • efectuarea de vizite la centre cel puțin o dată la șase luni; • asigurarea unui standard ridicat de calitate a imaginii mamografice realizate de fiecare tehnician radiolog din regiune; • asigurarea monitorizării performanței individuale a tehnicienilor radiologi din regiune și transmiterea de feedback fiecăruia; • asigurarea participării tuturor tehincienilor radiologi la procesul de revizuire lunară între colegi ce utilizează criterii de calitate a imaginii mamografice; • identificarea nevoilor de instruire ale tehnicienilor radiologi și asigurarea orictuturor instruirilor corespunzătoare; • supravegherea performanței generale a programului MQA în regiune. <p>8.9.2 Tehnicianul radiolog coordonator este responsabil pentru</p>

	<p>performanța clinică a următorului personal din regiune:</p> <ul style="list-style-type: none"> • toți tehnicienii radiologi acreditați în PNSCS; • tehnicianul radiolog desemnat cu responsabilitatea controlului de calitate (dacă este altul decât un tehnician radiolog implicat în PNSCS).
	<p>8.9.3 Tehnicianul radiolog coordonator va:</p> <ul style="list-style-type: none"> • fi implicat activ în efectuarea a minimum 700 de mamografii de screening anual în cadrul programului; • demonstra un standard ridicat al mamografiilor și menține focalizarea pe aspectele clinice; • exercita el însuși sau va delega responsabilitățile menționate mai jos; • îndeplini toate cerințele de educație profesională continuă ale unui tehnician radiolog. În plus, va continua dezvoltarea profesională relevantă pentru aspectele manageriale ale rolului de coordonator.
<p>Criteriaul 8.10: În fiecare centru în care se fac teste de screening este desemnat un tehnician radiolog responsabil cu supravegherea nivelului de radiații</p>	<p>8.10.1 Tehnicianul radiolog responsabil pentru supravegherea nivelului de radiații este responsabil pentru:</p> <ul style="list-style-type: none"> • asigurarea MQA în centrul respectiv; • personalul tehnic/de asistență care sprijină tehnicianul radiolog; • revizuirea anuală a programului MQA împreună cu tehnicianul radiolog responsabil pentru controlul calității, radiologul responsabil MQA și fizicianul medical pentru a asigura respectarea NRL-C548; • asigurarea îndeplinirii cerințelor minime de intrare și cerințelor permanente pentru screening de către toți tehnicienii radiologi implicați în PNSCS din centrul respectiv. <p>8.10.2 Tehnician radiolog responsabil cu supravegherea nivelului de radiații:</p> <ul style="list-style-type: none"> • este implicat activ în program; • demonstrează un standard ridicat de mamografiile efectuate și menține o focalizare clinic atentă; • exercita el însuși sau va delega responsabilitățile pe care le are; • îndeplinește toate cerințele de educație profesională continuă ale unui tehnician radiolog și continuă dezvoltarea profesională relevantă pentru aspectele manageriale ale rolului său.
<p>Criteriaul 8.11: Fiecare centru de screening și centru de evaluare are desemnat un tehnician radiolog responsabil pentru controlul calității</p>	<p>8.11.1 Tehnicianul radiolog responsabil pentru controlul calității poate fi tehnicianul radiolog responsabil cu nivelul radiațiilor sau alt tehnician radiolog care lucrează în centru.</p>

	<p>8.11.2 Tehnicianul radiolog responsabil pentru controlul calității este responsabil pentru:</p> <ul style="list-style-type: none"> • asigurarea programului de asigurare a calității mamografiilor (MQA) în centrul respectiv; • asigurarea efectuării tuturor testelor de control al calității, adecvanța și continuitatea datelor colectate și inițierea tuturor acțiunilor corective, după cum este necesar; • asigurarea preciziei datelor privitoare la controlul de calitate.
	<p>8.11.3 Tehnicianul radiolog responsabil pentru controlul calității:</p> <ul style="list-style-type: none"> • este implicat activ în program; • demonstrează un standard ridicat al imaginilor mamografice efectuate de el și se focalizează pe aspectele clinice; • poate să își exercite direct responsabilitățile sau le poate delega; • îndeplinește toate cerințele de educație profesională continuă ale unui tehnician radiolog și continuă dezvoltarea profesională relevantă pentru aspectele manageriale ale rolului său.
<p>Criteriul 8.12: Fiecare furnizor are desemnat un responsabil cu arhivarea imaginilor și sistemele de comunicare (AISC)</p>	<p>8.12.1 Responsabilul AISC are pregătire pentru exercitarea următoarelor competențe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • responsabil pentru funcționarea de zi cu zi a echipamentelor AISC de mamografie, inclusiv fluxul de lucru pentru realizarea imaginii, arhivarea, dirijarea automată, pre-fetching și alte activități conexe; • asigurarea captării în timp util și complete a datelor imaginii digitale DICOM în sistemul AISC, precum și transmiterea în rețea, validarea în sistem RIS (Radiology Information System) și rezolvarea excepțiilor; • supravegherea furnizorilor în toate fazele de instalare și întreținere a AISC; • supravegherea și coordonarea diagnosticului și menținerea și modernizarea tuturor hardware-urilor și software-urilor asociate AISC, asigurând în același timp performanța optimă a acestuia; • supravegherea și coordonarea recuperării și salvării datelor; • asigurarea documentării și actualizării tuturor procedurilor privitoare la AISC; • identificarea nevoilor viitoare și a proceselor eficiente de lucru; • coordonarea implementării proceselor prin sesiuni de instruire; • implicarea în planificarea strategică a serviciilor de

	screening pentru cancerul de sân, după caz.
Criteriul 8.13: În fiecare regiune este desemnat un coordonator al calității serviciilor	8.13.1 Coordonatorul calității, în numele directorului clinic și managerului regional, coordonează funcționarea sistemelor de management al calității în regiune. Această poziție constituie o normă parțială, persoana ca o ocupă poate avea și o altă poziție în cadrul programului regional, cu condiția să nu existe un conflict de interese.
	8.13.2 Coordonatorul de calitate ajută la asigurarea îndeplinirii cerințelor de calitate de toate sistemele și protocoalele din toate centrele publice și private care furnizează servicii în cadrul PNSCS.
	8.13.3 Coordonatorul calității serviciilor ajută grupurile profesionale, managerul regional și directorul clinic să: <ul style="list-style-type: none"> • asigure îndeplinirea standardelor; • coordoneze acțiunile corective atunci când standardele nu sunt îndeplinite; • asigure actualizarea, implementarea, monitorizarea și evaluarea planului pentru controlul calității în regiune; • asigure punerea în practică a recomandărilor din rapoartele Grupului de monitorizare independentă a PNSCS; • asigure actualizarea informațiilor, politicilor și procedurilor relevante; • faciliteze activitățile interne de îmbunătățire a calității; • organizeze întâlniri regulate privitoare la controlul calității și documenteze evidența acestora, inclusiv prezența și rezultatele discuțiilor; • gestioneze controlul intern al documentelor privitoare la standard în toate centrele, inclusive cele subcontractate din sectorul privat.
	8.13.4 Coordonatorul calității face legătura cu directorul clinic și cu managerul regional pentru: <ul style="list-style-type: none"> • documentarea protocoalelor și proceselor și planificarea în timp a tuturor cerințelor de audit intern; • compararea datelor furnizorilor cu cele din audit extern, cu accent pe rapoartele Grupului de monitorizare independentă PNSCS; • asigurarea furnizării eficiente a informațiilor privind performanțele clinice; • dezvoltarea monitorizării trimestrială a planului de control al calității.
	8.13.5 Coordonatorul calității asigură legătura cu medicii coordonatori ai centrelor pentru a asigura analiza performanței personalului centrului. Aceste informații sunt confidențiale în cadrul grupului (grupurilor) profesionale respective.

	<p>8.13.6 Coordonatorul calității face legătura cu tehnicianul radiolog responsabil cu supravegherea nivelului de radiații pentru:</p> <ul style="list-style-type: none"> • revizuirea datelor privitoare la MQA pentru a monitoriza funcționarea eficientă a procesului de screening; • asigurarea analizei performanței personalului - aceste informații rămân confidențiale în cadrul grupului profesional.
	<p>8.13.7 Coordonatorul calității asigură legătura cu managerul de date pentru:</p> <ul style="list-style-type: none"> • a verifica protocoalele pentru identificarea tuturor datelor necesare pentru audit și evaluarea performanței; • a analiza toate datele programului pentru a identifica rezultatele anormale; • a asigura analiza datelor privitoare la performanță la nivel de centre individuale, după caz; • a asigura rezolvarea tuturor datelor lipsă, eronate sau suspecte, de la caz la caz.
	<p>8.13.8 Coordonatorul de calitate va demonstra abilități în implementarea sistemelor de calitate și audit și va avea experiență într-un domeniu legat de sănătate și/sau o calificare în managementul calității.</p>
	<p>8.13.9 Managerul regional se asigură că există o instruire și o orientare/inducție corespunzătoare pentru personalul nou în rolul de coordonator al calității.</p>
	<p>8.13.10 Orientarea și formarea continuă pot include, dar nu se limitează la:</p> <ul style="list-style-type: none"> • vizitarea centrelor subcontractate din regiune; • vizitarea altor regiuni din cadrul programului PNSCS; • legătura cu alți coordonatori de calitate din cadrul programului • participare cu regularitate la întâlnirile naționale ale coordonatorilor calității; • cursuri, inclusiv școli de vară etc.
	<p>8.13.11 Coordonatorul calității va avea o relație strânsă de lucru cu directorul clinic și cu managerul regional, în special atunci când este nou în rol.</p>
<p>Criteriaul 8.14: Fiecare centru de evaluare furnizor are asistente medicale specializate în îngrijirea sânului (AMSIS)</p>	<p>8.14.1 Asistenta medicală furnizează în primul rând servicii de informare, educare, suport și consiliere pentru femeile supuse evaluării, dar este disponibilă pentru a ajuta femeile în orice stadiu al procesului de screening, dacă este necesar.</p> <p>8.14.2 Toate femeile care participă la PNSCS au dreptul de a primi servicii de la AMSIS, servicii care:</p> <ul style="list-style-type: none"> • să respecte standardele legale, profesionale, etice și de altă natură relevante pentru profesia de asistent medical,

	<p>minimizând orice prejudiciu potențial și optimizând calitatea vieții femeii respective;</p> <ul style="list-style-type: none"> • sunt livrate într-o manieră profesională, în concordanță cu nevoile fizice, psihologice, spirituale și culturale ale femeii.
	<p>8.14.3 AMSIS lucrează ca membru al unei echipe multidisciplinare, în parteneriat cu femeile, familiile lor pentru a împuternici fiecare femeie să facă alegeri în cunoștință de cauză și să-și optimizeze bunăstarea și starea de sănătate.</p>
	<p>8.14.4 Rolul AMSIS include, dar nu se limitează la:</p> <ul style="list-style-type: none"> • acordarea empatică de support femeilor și familiilor lor; • acțiune ca reprezentant al intereselor femeii și a susținătorilor ei; • furnizarea de educație și informații cu un accent pe facilitarea luării deciziilor informate de către femei înainte de a participa la evaluare și după un diagnostic de cancer; • promovarea conștientizării problemelor psihosociale care preocupă femeile care participă la screening; • trimiterea femeilor (după caz) la alte servicii de asistență și sprijin; • facilitarea comunicării între alți profesioniști din domeniul sănătății și servicii (în special cu medicii de familie) cu privire la îngrijirea specific pentru fiecare femeie; • furnizarea de asistență medicală pentru clinicieni în toate etapele evaluării; • asigurarea existenței unor protocoale adecvate de control al infecțiilor • facilitarea manipulării și circuitelor eșantioanelor pentru examinările histopatologice; • facilitarea accesului la consumabilele clinice pentru zilele de evaluare.
	<p>8.14.5 Rolul unei AMSIS în PNSCS poate fi asumat de o asistentă medicală licențiată, cu drept de practică și cu minim doi ani de experiență postabsolvire ca asistent medical practicant și un angajament puternic pentru furnizarea unui standard ridicat de îngrijire.</p>
	<p>8.14.6 AMSIS va demonstra înțelegerea și angajamentul de a îndeplini standardele PNSCS.</p>
	<p>8.14.7 În primul an de angajare, AMSIS trebuie să fi urmat / sau să participe la un curs de asistent medical pentru îngrijirea sănii, acolo unde este disponibil. Acolo unde este posibil, cursul trebuie să fie acreditat de Ordinul asistenților medicali.</p>

	<p>8.14.8 AMSIS, în consultare cu managerul, trebuie să dezvolte strategii pe termen scurt lung legate de dezvoltarea personală a carierei în cadrul programului. Pentru a oferi un serviciu specializat pentru femei, asistenta medicală trebuie să aibă acces la o pregătire continuă specifică sânelui.</p>
	<p>8.14.9 AMSIS trebuie să urmeze cerințele programului de educație profesională continuă :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 50% din sesiunile clinice multidisciplinare interne pentru examinarea cazurilor sau 15 întâlniri anual, oricare din valori este mai mare; • programe de educație profesionale acreditate de Ordinul asistenților medicali; • seminarii regionale, naționale sau internaționale, conferințe sau cursuri (cel puțin trei în fiecare perioadă de cinci ani). Managerul centrului trebuie să asigure disponibilitatea supervizării clinice, dacă este solicitată de AMSIS.
	<p>8.14.10 AMSIS demonstrează cunoștințe avansate de teorie și practică medicală, cu accent pe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • anatomia și fiziologia sânelui; • semne și simptome ale tulburărilor de sân înregistrate la nivelul sânelui; • patologia cancerului de sân; • proceduri / intervenții diagnostice și complicații potențiale; • intervenții terapeutice și complicații potențiale; • opțiuni de tratament și / sau protocoale de tratament; • grupuri de self-suport / servicii de sprijin și rețele comunitare; • probleme legate de screeningul populației de femei cu stare bună de sănătate; • principiile și procesele de cercetare și de asigurare a calității; • etică profesională; • confidențialitatea informațiilor privind starea de sănătate a unei persoane Legea drepturilor pacientului (46/2003); • standardele PNSCS.
	<p>8.14.11 AMSIS va demonstra expertiză în:</p> <ul style="list-style-type: none"> • cunoașterea sânelor; • asistența medicală și evaluarea stării de sănătate; • informarea femeii și evaluarea nevoilor ei educaționale; • evaluare și sprijin; • stabilirea momentului în care femeia necesită

	<p>trimitere către specialiștii din domeniul sănătății relevanți pentru îngrijiri psihologice de specialitate suplimentare;</p> <ul style="list-style-type: none"> • comunicare scrisă și verbal; • comunicare / ascultare; • evaluare și feedback; • sprijin și advocacy; • participarea ca membru al unei echipe multidisciplinare; • activități de îmbunătățire a calității; • examinarea clinică a sânelui, unde este obligatoriu și este instruită în mod corespunzător.
<p>Criteriaul 8.15: Fiecare centru are un fizician medical calificat</p>	<p>8.15.1 Domeniile de responsabilitate ale fizicianului medical includ, dar nu se limitează la:</p> <ul style="list-style-type: none"> • asigurarea standardului privind programul de asigurare a calității (MQA) funcționarea lui eficientă; • asigurarea includerii tuturor echipamentelor de imagistică și a echipamentelor auxiliare în programul MQA (de exemplu, echipamente cu raze X, stații de raportare, cititoare de plăci CR, dispozitive de localizare, imagini cu ultrasunete și dispozitive de copiere pe suport); • participarea, în calitate de membru, la întâlnirile comitetului centrului pentru MQA, care va avea loc trimestrial pentru a analiza rezultatele și pentru a revizui anual programul de evaluare; • efectuarea testelor de control al calității fizicii medicale; • asigurarea performanței și calibrarea echipamentelor de testare a controlului calității; • efectuarea testelor de imagini și a echipamentelor asociate înainte de utilizarea acestora în practica curentă; • Asistență acordată tehnicianului radiolog responsabil cu controlul calității în revizuirea datelor de testare a controlului de calitate; • consilierea tehnicianului radiolog responsabil pentru controlul calității cu privire la toate problemele referitoare la calitatea imaginii și la programul MQA; • consilierea tehnicianului radiolog responsabil pentru controlul calității, în special în domeniile calității imaginii și toate aspectele programului MQA, siguranța și achiziția echipamentelor; • asistarea managerului regional și / sau directorului clinic în special în domeniile securității, analizei controlului de calitate și achiziționării de echipamente,

	<p>inclusiv pregătirea specificațiilor pentru achiziția de echipamente;</p> <ul style="list-style-type: none"> • cooperarea cu toți ceilalți implicați în program; • cooperarea cu alți fizicieni medicali care lucrează în PNSCS; • furnizarea de consiliere centrelor de screening pentru protecția împotriva radiațiilor , în special a femeilor, personalului și membrilor publicului; • asigurarea respectării reglementărilor.
	<p>8.15.2 În cazul în care într-un centru sunt angajați mai mulți fizicieni medicali, trebuie să fie desemnat un fizician medical coordonator.</p>
	<p>8.15.3 Toți fizicienii medicali care lucrează în cadrul programului sunt membri ai grupului fizicienilor medicali și trebuie să participe la întâlnirile acestui grup și la alte activități.</p>
	<p>8.15.4 Fizicienii medicali care oferă servicii în PNSCS trebuie să îndeplinească următoarele cerințe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • să fie instruiți în mod specific în fizica mamografiei și în filozofia screeningului mamar; • să participe la cursuri specific organizate în cadrul PNSCS și alte cursuri organizate pe plan național și internațional; • pentru a fi acceptabil, un curs trebuie să conțină minimum 20 de ore de instruire specializată documentată, în realizarea sondajelor la unitățile de mamografie. Cursul trebuie să includă și un minim de 8 ore alocate vizitării unor centre de screening pentru a asigura participanților acumularea unei experiențe practice în conlucrarea cu alți fizicieni active în PNSCS. • să fie acreditați ca fizicieni medicali; • să dețină un master sau o calificare superioară în fizică; • să fie certificați pentru efectuarea sondajelor la instalațiile de mamografie; • să aibă experiență în efectuarea sondajelor a cel puțin șase aparate pe o perioadă de 12 luni (adică, șase aparate, două teste pe aparat, la interval de șase luni în PNSCS - experiența efectuării sondajelor trebuie să fie dobândită sub supravegherea directă a unui fizician medical care îndeplinește toate cerințele standardelor naționale. În cazul în care experiența a fost acumulată în alte țări, sunt necesare două sondaje supravegheate ca parte a orientării către protocoalele și standardele PNSCS.
	<p>8.15.5 Fizicienii medicali care furnizează servicii în cadrul PNSCS vor participa la educația profesională continuă (EPC) în domeniul fizicii mamografiei, inclusiv:</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • participarea la cel puțin un eveniment științific sau un curs de perfecționare, cu conținut specific fizicii mamografiei, la fiecare doi ani - doar timpul petrecut în fizica mamografiei poate conta pentru cele 15 ore de EPC; • participarea la reuniunile multidisciplinare sau proces de peer review ; • consultarea de reviste și a material relevante pentru fizica mamografiei. Fizicianul medical trebuie să aibă 15 ore EPC în fizica mamografiei în cele 36 de luni anterioare efectuării oricărui sondaj. La nivelul UATMN, coordonatorul național al fizicienilor medicali va asigura existența unei baze de date cu fizicienii medicali care îndeplinesc această cerință. Coordonatorul național al fizicienilor medicali împreună cu grupul fizicienilor medicali implicați în PNSCS vor acorda asistență pentru asigurarea procesului de EPC.
	<p>8.15.6 Pentru a asigura și a menține o actualizare adecvată referitoare la noile dezvoltări tehnologice și tehnice, fizicianul medical trebuie ca:</p> <ul style="list-style-type: none"> • pe parcursul a 24 de luni imediat anterioare efectuării oricărei inspecții, fizicianul medical trebuie să efectueze inspectarea a două centre, inclusiv revizuirea programului MQA al centrului și: <ul style="list-style-type: none"> - să efectueze inspecții MQA la șase centre de mamografie în ultimele 12 luni sau - să efectueze inspecții MQA la patru centre de mamografie plus <ul style="list-style-type: none"> ▪ au experiență vastă și ▪ lucrează în radiologie diagnostică generală • să participe la revizuirea datelor MQA din rapoartele de inspecții la cel puțin șase centre de mamografie cel puțin o dată pe an și să aibă acces la aceste date atunci când este necesar; • să țină legătura cu alți fizicieni medicali implicați în mamografie și să participe la întâlniri naționale privitoare la fizica mamografiei, organizate de fizicienii medicali din PNSCS și să susțină sesiuni practice de comparații, asociate cu reuniunile grupului de fizicieni medicali; • să efectueze cel puțin o dată la doi ani, vizite la alte centre de mamografie pentru a compara tehnologiile folosite.
	<p>8.15.7 Personalul aflat în curs de pregătire, poate îndeplini sarcini de fizică medicală sub supravegherea directă a unui fizician</p>

	<p>medical calificat care practică în PNSCS. Personalul care se pregătește trebuie să își asume întreaga gamă de sarcini sub supravegherea directă a fizicianului medical. Cursanții trebuie să efectueze propriile lor inspecții și să fie supravegheați direct pentru orice procedură desfășurată în cadrul programului. Până când un fizician nu îndeplinește cerințele de acreditare, inspecția rămâne responsabilitatea fizicianului medical de supraveghere și trebuie raportul inspecției trebuie să fie semnat de acesta.</p>
	<p>8.15.8 Fizicianul medical trebuie să participe la un program MQA coordonat, planificat, care să includă toate echipamentele de imagistică și echipamentele auxiliare care vor fi utilizate în realizarea diagnosticului. Programul MQA trebuie să includă și testarea și calibrarea însuși echipamentului de test MQA și furnizarea serviciului de fizică medicală. Serviciul trebuie specificat într-un acord scris între centrul de screening și furnizorul desemnat al serviciilor de fizică medicală.</p>
	<p>8.15.9 Testele de control fizic trebuie efectuate în mod standardizat și urmând protocoalele naționale, pentru a facilita schimbul de date.</p>
	<p>8.15.10 În conformitate cu reglementările naționale, în PNSCS este implementat un program de măsurare a dozei de radiații la care au fost expuse femeile.</p>
	<p>8.15.11 Trebuie să existe un sistem intern de calitate care să asigure că:</p> <ul style="list-style-type: none"> • toate defecțiunile de testare critice sunt identificate la nivelul centrului, instalație în ziua finalizării testării; • 95% din rapoartele preliminare sunt furnizate centrului în ziua testării; • 95% din rapoartele finale sunt furnizate centrului în termen de 20 de zile lucrătoare de la finalizarea testării; • Defecțiunile sunt revizuite atunci când sunt identificate, iar fizicianul medical, în consultare cu directorul clinic, specifică intervalul de timp în care acestea trebuie rezolvate.
	<p>8.15.12 Fizicianul medical trebuie să trimită rezultatele inspecției de asigurare a calității fizicii medicale coordonatorului național al fizicienilor medicali, care consolidează rezultatele.</p>
	<p>8.15.13 Grupul fizicienilor medicali trebuie să asigure schimbul eficient de informații pentru a asigura menținerea și revizuirea protocoalelor naționale pe baza dovezilor existente.</p>
<p>Criteriaul 8.16: Fiecare centru are</p>	<p>8.16.1 Tehnicianul radiolog necesită abilități care să facă din</p>

tehnicieni radiologi calificați	mamografie o experiență acceptabilă pentru femei, prin minimizarea anxietății în toate etapele traseului de screening.
	8.16.2 Tehnicianul radiolog are două domenii principale de responsabilitate: <ul style="list-style-type: none"> • furnizarea unei experiențe acceptabile de screening pentru femeile care participă la PNSCS; • furnizarea de imagini de înaltă calitate pentru a asigura detectarea cancerelor de dimensiuni mici - detectarea acestor tipuri de cancer va demonstra beneficiile screeningului mamografiei pentru femei.
	8.16.3 Toți tehnicienii radiologi care efectuează mamografiile de screening în PNSCS trebuie să fie instruiți și calificați ca tehnicieni radiologi. Ei trebuie să dețină certificare de practică validă. Toți tehnicienii radiologi trebuie să dețină și un certificat care să ateste competența clinică în mamografie obținut cu cel puțin doi ani de la angajarea în program. Orice calificări în mamografie obținute în altă țară, trebuie validate conform reglementărilor legale în vigoare.
	8.16.5 Toți tehnicienii radiologi care necesită instruire vor fi supravegheați de un tehnician radiolog care deține o calificare mamografică recunoscută în cadrul PNSCS. Mentoratul unui tehnician radiolog în formare trebuie să aibă loc până când nivelul de competență atins permite tehnicianului radiolog să funcționeze cu o rată de respingere tehnică mai mică de 3%. Personalul care se pregătește trebuie să se implice progresiv în toate aspectele relevante ale programului de screening, pe măsură ce se dezvoltă nivelurile de competență.
	8.16.6 Tehnicienii radiologi trebuie să finalizeze cel puțin opt ore de pregătire în mamografie digitală.
	8.16.7 Toți tehnicienii radiologi care efectuează mamografiile în PNSCS trebuie să evalueze fiecare examinare folosind criteriile de clasificare a calității imaginii mamografice (CIM). Aceste criterii de clasificare CIM trebuie utilizate în toate situațiile de instruire și ori de câte ori se efectuează un peer review. Imaginile care intră în categoria inadecvată trebuie să fie înregistrate ca atare. În timp ce acestea pot fi înregistrate ca respingeri, pot exista cazuri în care acestea sunt păstrate dacă ajută la exhaustivitatea unei examinări.
	8.16.8 Toți tehnicienii radiologi participă lunar la revizuirea între colegi a imaginilor. Tehnicianul radiolog coordonator poate determina momentul revizuirilor și metoda utilizată. Procesul de revizuire între colegi trebuie să utilizeze criteriile CIM și trebuie să sprijine responsabilitatea

	<p>tehnicianului radiolog coordonator de a menține calitatea generală a imaginilor.</p> <p>8.16.9 Toți tehnicienii radiologi implicați în PNSCS (cu excepția tehnicianului radiolog coordonator) trebuie să efectueze nu mai puțin de 1000 de mamografii pe an sau 80 mamografii/lună în cadrul PNSCS.</p> <p>8.16.10 Toți tehnicienii radiologi care lucrează în centre fixe sau unități mobile trebuie să participe la cel puțin trei centre de evaluare (?) și trei întâlniri clinice multidisciplinare pe an.</p> <p>8.16.11 Toți tehnicienii radiologi trebuie să participe la sesiuni obișnuite de revizuire a calității tehnice a imaginilor (cel puțin o dată pe lună).</p>
Criteriul 8.17: În fiecare regiune există histopatologi calificați	8.17.1 Un histopatolog implicat în PNSCS va fi medic cu specialitatea recunoscută și cu drept de practică în România. Toți histopatologii din PNSCS trebuie să dețină calificări postuniversitare recunoscute în histopatologie
	8.17.2 Din trei în trei ani, histopatologii acreditați în PNSCS trebuie să depună documente doveditoare pentru participarea la întâlniri sau conferințe de histopatologie naționale și / sau internaționale cu o componentă privind histopatologia mamară. Participarea trebuie să includă cel puțin șase ore destinate histopatologiei mamare în perioada de trei ani.
	8.17.3 Histopatologii acreditați PNSCS trebuie să raporteze examinarea a cel puțin 50 de episoade de biopsie a pacienților din centrele de evaluare sau biopsii diagnostice deschise în cadrul programului pe an. Fiecare eșantion de țesut este considerat ca un episod separat și, dacă examinarea a fost efectuată de doi histopatologi, contează ca un episod pentru fiecare histopatolog care a examinat piesa și a semnat raportul de examinare.
	8.17.4 Histopatologii acreditați PNSCS trebuie să participe la cel puțin opt reuniuni multidisciplinare în fiecare an, asigurând în același timp că un histopatolog acreditat PNSCS este prezent la fiecare întâlnire a echipei multidisciplinare pentru a prezenta și a comenta aspectele histopatologice relevante.
	8.17.5 Histopatologii în pregătire pot efectua descrieri brute și microscopice ale leziunilor detectate prin screening, dar materialul trebuie revizuit și semnat de un patolog acreditat PNSCS.
	8.17.6 Histopatologii care raportează leziuni detectate prin screening ar trebui să aibă o experiență suficientă în domeniul cancerului mamar pentru a dezvolta și menține competența în raportarea acestor cazuri. Histopatologul coordonator trebuie să depună eforturi pentru a pune la

	<p>dispoziția histopatologilor care examinează un număr mic de eșantioane, eșantioane din centre unde numărul eșantioanelor este mare, ca material de învățare / învățare.</p>
	<p>8.17.7 Toți histopatologii acreditați PNSCS trebuie să participe la Programul de asigurare a calității din cadrul PNSCS. Histopatologii trebuie să participe la program ca persoane angajate direct mai degrabă decât ca angajați ai unui laborator și să completeze cinci inspecții de calitate la fiecare doi ani. Rezultatele participării la programul de asigurare a calității trebuie să fie înregistrate și raportate în program de către histopatologul coordonator și să fie disponibile pentru audituri externe, după cum este necesar.</p>
	<p>8.17.8 Toate laboratoarele participante trebuie să fie înscrise în programul de asigurare a calității examinărilor histopatologice din cadrul PNSCS.</p>
<p>Criteriaul 8.18: În fiecare regiune trebuie să existe radiologi calificați</p>	<p>8.18.1 Radiologii implicați în PNSCS vor fi medici, cu specialitatea de radiologie și drept de practică recunoscute în România.</p>
	<p>8.18.2 Radiologii acreditați PNSCS trebuie să efectueze o pregătire suplimentară înainte de a începe screeningului mamografic în cadrul programului. Aceasta ar trebui să includă cel puțin:</p> <ul style="list-style-type: none"> • raportarea a minimum 2000 de mamografii în cele 12 luni anterioare intrării în program; • finalizarea a 300 de citiri de imagini didactice în cele trei luni anterioare începerii (este necesară o rată de rechemare nu mai mare de 12%) • demonstrarea unei sensibilități de citire de 80% dintr-un set de imagini utilizat pentru testarea abilităților de citire; • participarea ca observator la reuniunile echipei multidisciplinare clinice și la procesul de rezolvare a lecturilor discordante în perioada de formare ca al treilea cititor; • participarea la un curs de formare acreditat de PNSCS, în ultimii doi ani.
	<p>8.18.3 Înainte de a începe evaluarea nesupravegheată, radiologii trebuie să obțină acordul directorului clinic privind următoarele competențe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • supravegherea și interpretarea procesului de efectuare a unei mamografii; • efectuarea și interpretarea ecografiei mamare; • efectuarea procedurilor invazive disponibile în centrul de evaluare unde lucrează; <p>În plus, trebuie să fi participat pe parcursul celor 12 luni anterioare la 10 sesiuni de citire într-un centru în care se efectuează citiri de mamografii de screening.</p>

	<p>8.18.4 Toți radiologii trebuie să participe la procesul de educație profesională continuă (EPC) care include:</p> <ul style="list-style-type: none"> • participarea la cel puțin un eveniment științific sau un curs de perfecționare specific mamografiei la fiecare doi ani; • participare la reuniuni multidisciplinare de revizuire și audit; • consultarea de revistelor de specialitate și de material specific de pe websiteuri radiologice relevante.
	<p>8.18.5 Fiecare radiolog implicat în programul de screening trebuie să citească în fiecare an minimum 2000 de mamografii de screening din regiunea în care lucrează.</p>
	<p>8.18.6 Statisticile de citire ale unui radiolog trebuie să se încadreze în intervale de încredere de 95% pentru ratele de detectare a cancerului și de detectare a cancerelor mici. În cazul în care o persoană nu îndeplinește aceste criterii, directorul clinic va asigura implementarea strategiilor pentru îmbunătățirea performanței.</p>
	<p>8.18.7 Radiologii acreditați PNSCS trebuie:</p> <ul style="list-style-type: none"> • să obțină feedback (inclusiv histopatologic) pentru cel puțin 80% din cazurile individuale care au dus la rechemarea emei pentru evaluare suplimentară; • să participe la cel puțin 15 reuniuni sau 60% (indiferent care valoare este mai mare) din reuniunile de revizuire multidisciplinară clinică, utilizând conferințe video, dacă este necesar; • să participe la revizuirea cancerului de interval a programului și la alte sesiuni de audit. <p>Radiologii care efectuează ecografie, biopsie și tehnici de localizare la un centru de evaluare trebuie să fie competenți în efectuarea acestor proceduri. Pentru a obține acest lucru, se recomandă ca acești radiologi să aibă un timp săptămânal alocat pentru PNSCS în care să efectueze imagistică mamară, ce poate include imagistică de diagnostic sau de screening, evaluare clinică și sesiuni de audit.</p> <p>Radiologii acreditați PNSCS trebuie să citească mamografii de screening și să participe la centrele de evaluare. Este recunoscut faptul că acest lucru poate fi dificil de obținut în așa fel încât să dezvolte și să mențină suficientă expertiză profesională. Din acest motiv, este de dorit ca radiologii implicați în screening să efectueze evaluări în centrele de diagnostic în programe de lucru separate de cele în care efectuează mamografiile de screening programului.</p>

	<p>Radiologii acreditați PNSCS trebuie să monitorizeze continuu calitatea tehnică a mamografiilor și să ofere feedback constructiv tehnicianului radiolog coordonator. Acest lucru este deosebit de important în situațiile în care tehncienii radiologi nu au contact direct cu radiologul care citește imaginile.</p>
	<p>8.18.8 Radiologii trebuie să participe la sesiuni periodice de revizuire a radiologiei pentru a permite:</p> <ul style="list-style-type: none"> • revizuirea cancerului de interval și clasificarea internă; • revizuirea procedurilor și a protocoalelor de citire sau evaluare • revizuirea literaturii; • revizuirea cazurilor interesante sau a treia lectură.
	<p>8.18.9 Toți radiologii acreditați PNSCS trebuie să completeze instruirea în mamografie digitală. Educația pentru radiologi în mamografie digitală constă în următoarele:</p> <ul style="list-style-type: none"> • citirea supravegheată a imaginilor mamografice digitale trebuie să fie efectuată împreună cu un radiolog cu experiență la un centru acreditat de mamografie digital; • imaginile digitale vor fi vizualizate în mod ideal pe o stație de lucru identică cu cea pe care radiologul o va folosi în centrul său; • ar trebui să se petreacă suficient timp la stația de lucru, astfel încât radiologul să fie confortabil cu modificarea presetărilor pentru ferestre, nivelare, zoom și inversare, după cum este necesar pentru a vizualiza în mod optim calcificările sau asimetriile subtile. <p>Educația ar trebui să includă și:</p> <ul style="list-style-type: none"> • o lectură minimă de 2000 de mamografii digitale în cele douăsprezece luni anterioare, inclusiv citirea setului de imagini de formare; • controlul calității pentru mamografia digitală (cum ar fi controlul calității specificat producător).
	<p>8.18.10 Este de dorit ca radiologii aflați în pregătire să se rotească printr-un centru de screening mamar, iar cursanții pot participa la PNSCS sub supravegherea unui radiolog acreditat PNSCS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • în timpul petrecut în centrul de screening, împărțit între citirea mamografiilor de screening și evaluare; • supraveghere directă pentru orice procedură desfășurată în cadrul programului; • cursanții care efectuează citiri de imagini didactice nu trebuie să formuleze rezultate care se transmit femeilor.

	<p>8.18.11 Sistemul de gestionare a datelor centrului de screening trebuie să permită monitorizarea periodică a performanțelor unui radiolog individual și feedback-ul informațiilor. Aceasta va include cel puțin numărul de mamografii de screening citite, rata totală de trimitere, rata cancerelor invazive mici detectate și ratele generale de detectare a cancerului. Aceste informații trebuie furnizate la fiecare șase luni, vor fi cumulative și trebuie să includă criterii de performanță pentru evaluare. Datele de performanță individuale trebuie să fie confidențiale pentru cititorul individual și pentru directorul clinic și radiologul coordonator, dar vor fi disponibile pentru examinare de către auditorul radiolog din cadrul PNSCS.</p>
	<p>8.18.12 Pentru a ajuta la menținerea furnizării de servicii de către centrele mici, este de dorit screeningul efectuat în afara centrului, dar toți cititorii trebuie să îndeplinească alte criterii PNSCS și să fie monitorizați. Trebuie furnizat feedback. Pentru a permite gestionarea optimă a procesului:</p> <ul style="list-style-type: none"> • cel puțin o citire trebuie să fie efectuată în centrul de evaluare de un radiolog acreditat; • managerul regional va indica fiecărui radiolog acreditat PNSCS centrul unde va participa la întâlnirile multidisciplinare clinice sau reuniunile de revizuire a radiologiei. Dacă radiologul lucrează la două centre, el va participa la întâlnirile echipei multidisciplinare ale centrului la care lucrează procentul cel mare din timpul său de lucru în PNSCS și să îndeplinească cerințele de prezență (poate fi prin conferință video). • Managerul celui de al doilea centru la care lucrează radiologul în cadrul PNSCS, va pune la dispoziția directorului clinic sau Radiologului coordonator statisticile de citire ale radiologului din centrul său pentru a fi include în statisticile privitoare la monitorizarea radiologului. Orice probleme trebuie discutate, întrucât directorul clinic are responsabilitatea finală pentru performanțele cititorilor. • și al doilea centrul la care lucrează radiologul trebuie să aibă un mecanism pentru a oferi feedback radiologilor cititori. Aceasta va include cancerelor ratate (lecturi neconcordante) și rezultatul cazurilor amintite de evaluare.
<p>Criteriaul 8.19: Fiecare furnizor</p>	<p>8.19.1 Toți responsabilii de recrutare și retenție angajați sau subcontractați în program trebuie să poată demonstra o bună</p>

are personal angajat un responsabil de recrutarea și retenția femeilor în program	înțelegere a teoriei și practicilor abordărilor de sănătate publică.
	8.19.2 Responsabilul de recrutarea și retenția femeilor în program, angajat în program va: <ul style="list-style-type: none"> • pleda pentru înțelegerea comunitară și individuală a screeningului la toate nivelurile; • promova înțelegerea necesității și adoptarea unor practici comunitare de dezvoltare a sănătății bazate pe principiile de promovare a sănătății • demonstra toată gama de cunoștințe și abilități necesare pentru practica competent; • demonstra responsabilitate și eficiența față de o serie de părți interesate; • modela și sprijini un mod de lucru bazat pe consultare și principii cheie de sănătate publică.
	8.19.3 Managerul regional se asigură că personalul responsabil cu recrutarea și retenția femeilor în program demonstrează competențe relevante pentru rolul său, evidențiat în: <ul style="list-style-type: none"> • Competențe pentru promovarea sănătății ; • Competențele unității de screening național, inclusiv competențele culturale • Competențe de sănătate publică ale Ministerului Sănătății.
	8.19.4 Managerul regional se asigură că personalul responsabil cu recrutarea și retenția femeilor în program are un plan de dezvoltare profesională și se concentrează pe educația continuă care: <ul style="list-style-type: none"> • promovează și demonstrează principii și practici de sănătate publică solide; • demonstrează înțelegerea sistemelor de management al rețelelor de asistență medicală primară; • menține cunoștințe și abilități profesionale legate de cancerul de sân și de screening, pe lângă promovarea sănătății; • dezvoltă și menține cunoștințe și abilități culturale; • identifică, dezvoltă și întreține rețele comunitare și profesionale; • implică o reflecție critică asupra lucrurilor pe care le face; • implică participarea la procesele de revizuire între colegi.
	8.19.5 Managerul regional trebuie să se asigure că există acces la informații corecte și actualizate pentru a permite personalului să își îndeplinească rolul.
	8.19.6 Recrutarea și reținerea personalului cu rol de conducere/coordonare:

	<ul style="list-style-type: none"> • dezvoltă activ forța de muncă de și de retenție afemeilor în program; • demonstrează un leadership strategic; • facilitează planificarea strategic a coordonării regionale, inclusiv redactarea, implementarea și evaluarea activităților de recrutare și de retenție a femeilor în program; • contribuie la deciziile organizaționale care promovează practicile de sănătate public; • facilitează dezbaterile critice și reflecția robustă asupra activităților de și de retenție a femeilor în program; • accesează și oferă oportunități pentru instruire de calitate a personalului; • dezvoltă și implementează strategii de asigurare a calității și de îmbunătățire a calității.
	<p>8.19.7 Personalul în formare trebuie să:</p> <ul style="list-style-type: none"> • se familiarizeze cu resursele PNSCS și să dezvolte o înțelegere cuprinzătoare a traseului de screening și a rolurilor personalului profesional medical din program; • parcurgă un program individualizat de orientare cu îndrumarea unui membru cu experiență al echipei care observă și participă la dezvoltarea abilităților lor; • prezinte ședințe de educație pentru sănătate, sub îndrumare și supraveghere până când este considerat competent de către un membru cu experiență al echipei.
<p>Criteriaul 8.20: Fiecare regiune are chirurghi calificați</p>	<p>8.20.1 Rolul chirurgului începe în faza de evaluare și continuă în faza de tratament și urmărire.</p> <p>8.20.2 Este de așteptat ca chirurgii din program să fie implicați în evaluare și aspectele chirurgicale ale diagnosticului și terapiei pentru cancerul depistat. În plus, chirurgul va contribui la stabilirea standardelor, la audit și aspectele administrative ale programului, după cum este necesar.</p> <p>8.20.3 Chirurgii din cadrul PNSCS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • au aviz de liberă practică în România valabil; • lucrează la un spital acreditat; • au o formare în domeniul chirurgiei mamare. <p>8.20.4 Un chirurg acreditat în cadrul PNSCS, pe lângă pregătirea și experiența în chirurgie generală, trebuie să aibă expertiză chirurgicale de specialitate și un interes major în gestionarea cancerului de sân. Chirurgii se asigură că au dobândit abilitățile necesare în gestionarea leziunilor detectate în screening prin participarea la activități de instruire multidisciplinare acreditate în cadrul PNSCS.</p> <p>8.20.5 Chirurgii generaliști fără experiență în domeniului</p>

	<p>oncologiei mamare care au absolvit cursul de formare acreditat în PNSCS, pot participa la PNSCS sub supravegherea unui chirurg acreditat.</p>
	<p>8.20.6 Chirurgii acreditați în PNSCS sunt incluși în procesul de revizuire între colegi din cadrul PNSCS la care participă chirurgii din regiunile în care se implementează PNSCS.</p>
	<p>8.20.7 Chirurgii PNSCS primesc rapoartele periodice privind măsura în care respectă obiectivele și cerințele de calitate ale programului.</p>
	<p>8.20.10 Chirurgii PNSCS trebuie să primească toate rapoartele de monitorizare a asigurării calității programului de screening al cancerului de sân și trebuie să participe la întâlniri periodice pentru a revizui aceste rapoarte și performanțele programului în general.</p>
	<p>8.20.11 Este de așteptat ca chirurgii acreditați în PNSCS să:</p> <ul style="list-style-type: none"> • participe la un audit multidisciplinar regulat al rezultatelor asigurării calității și a datelor privind morbiditatea, inclusiv revizuirea înregistrărilor pentru femeile cu cancer de interval. • participe la instruirea personalului implicat în programul de screening.
	<p>8.20.12 Orice noi tehnologii chirurgicale sau proceduri de tratament trebuie utilizate în consultare cu femeile care participă la PNSCS și trebuie să îndeplinească următoarele criterii:</p> <ul style="list-style-type: none"> • să fie aprobat de UATMN; • are aprobările solicitate de reglementările în vigoare în România privitoare la activitățile de cercetare în medicină.